REPUBLIQUE DU BENIN

**

MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR

ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

------*

UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI

------*

FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

--------*

UNITE DE FORMATION ET DE RECHERCHE EN MEDECINE

------**

Année : 2021 **N° 2454**

ITINERAIRE THERAPEUTIQUE DES PATIENTS EPILEPTIQUES SUIVIS AU CENTRE NATIONAL HOSPITALIER UNIVERSITAIRE HUBERT KOUTOUKOU MAGA DE COTONOU EN 2021

THESE

Présentée et soutenue publiquement pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

DIPLÔME D'ÉTAT

Par

Lauréate Noudéwindo HOUNSOU

Née le 30/01/1997 à Agonlin-Houégbo (République du Bénin)

Directeur de thèse :

Dr Kodjo Constant ADJIEN

Co-directeur de thèse :

Dr Richard HOUEZE

Président du jury :

Dr Dismand Stéphan HOUINATO

Membres du jury :

Dr Dieu- donné GNONLONFOUN

Dr Thierry ALIHONOU

Liste des enseignants

[1]

REPUBLIQUE DU BENIN
*****
MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR
ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI

FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE
****

N°1386 /2021/UAC/FSS/VD-Ecoles/VD-UFR Pharma/VD UFR Méd/SSE/CP/SA

UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

NOVEMBRE 2021

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT

DOYEN : Professeur MEHINTO Delphin K.

VICE-DOYEN U.F.R Médecine : Professeur ZOUMENOU Eugène

VICE-DOYEN U.F.R Pharmacie : Maître de Conférences Agrégé YEMOA Loconon Y. Achille

VICE-DOYENNE /ECOLES : Professeur EZIN-HOUNGBE Josiane

Année : 2020-2021 (version novembre 2021)

Source : Service du Personnel

[2]

PROFESSEURS TITULAIRES

1.	Dr EZIN-HOUNGBE Josiane	Psychiatrie Adulte
2.	Dr HOUINATO Dismand Stéphan	Neurologie
3.	Dr ADJIBABI Wassi	ORL-Chirurgie Cervico Faciale
4.	Dr KINDE GAZARD Dorothée Akoko	Parasitologie Mycologie
5.	Dr MEHINTO Delphin Kuassi	Chirurgie Viscérale
6.	Dr VIGNIKIN -YEHOUESSI Bernadette	ORL-Chirurgie- Cervico- Faciale
7.	Dr GANGBO Flore	Histologie- Embryologie-Cytogénétique
8.	Dr LALEYE Anatole O. A	Histologie-Embryologie-Cytogénétique
9.	Dr AMOUSSOU-GUENOU Marcellin Kuassi.	Biophysique, Médecine Nucléaire
10.	Dr FIOGBE Michel Armand	Chirurgie Pédiatrique
11.	Dr HANS-MOEVI Aristote	Orthopédie -Traumatologie
12.	Dr KPADONOU Toussaint Godonou	Médecine Physique – Réadaptation
13.	Dr SOUNOUVOU Ignace	Ophtalmologie
14.	Dr BIAOU Olivier	Imagerie Médicale
15.	Dr ODOULAMI-YEHOUESSI Lisette	Ophtalmologie
16.	Dr ZOUMENOU Eugène	Anesthésie-Réanimation
17.	Dr DENAKPO Justin Lewis	Gynécologie Obstétrique
18.	Dr DOSSOU Francis Moïse	Chirurgie Générale
19.	Dr ADEGBIDI Hugues Daniel Gbadébo	Dermatologie Vénérologie
20.	Dr AFFOLABI Dissou	Bactériologie-Virologie
21.	Dr ALAO Modjere Ola Maroufou Jules	Pédiatrie et Génétique Médicale
22.	Dr ATADOKPEDE Agbomènou Félix	Dermatologie- Vénérologie
23.	Dr AWEDE Bonaventure Lucien Sévérin	Physiologie
24.	Dr FIOSSI-KPADONOU Emilie	Pédopsychiatrie
25.	Dr TONATO-BAGNAN Josiane Angéline A.	Gynécologie-Obstétrique
26.	Dr ADJIEN Kodjo Constant	Neurologie
27.	Dr OGOUYEMI-HOUNTO Aurore Bertille.	Parasitologie
28.	Dr SAGBO Gratien	Pédiatrie
29.	Dr SEHONOU Jean	Hépato-Gastro-Entérologie
30.	Dr AGODOKPESSI Gildas	Pneumo-Phtisiologie
31.	ALAMOU Soulé	Ophtalmologie
32.	Dr ALLABI Aurel Constant Eustache	Pharmacologie Clinique

Source : Service du Personnel

33. Dr AVAKOUDJO Josué D. Georges	Urologie-Andrologie
34. Dr AYELO Ahounmènou Paul	Médecine du Travail
35. Dr GNONLONFOUN Dieu donné	Neurologie
36. Dr HOUNKPATIN Benjamin I. Bodourhin.....	Gynécologie Obstétrique
37. Dr TSHABU AGUEMON Christiane	Gynécologie Obstétrique
38. Dr ZOMALHETO Zavier Cossi	Rhumatologie
39. Dr GBENOU Antoine Séraphin	Chirurgie Pédiatrique
40. Dr YEKPE Hermione Patricia Frida épouse AHOUANSOU	Imagerie Médicale

MAÎTRES DE CONFERENCES AGREGES

1. Dr ASSOUTO A. Pamphile.	Anesthésie –Réanimation
2. Dr AVAKOUDJO François	ORL-Chirurgie Cervico Faciale
3. Dr HOUNKPE Pierre Clever	Anesthésie-Réanimation
4. Dr LAWSON AFOUDA Sonia.....	ORL-Chirurgie Cervico Faciale
5. Dr AGUEMON Badirou Din.....	Santé Publique
6. Dr ALAGNIDE Hountondji Etienne	Médecine Physique et de Réadaptation
7. Dr AZON KOUANOU Angèle	Médecine Interne
8. Dr GBESSI Dansou Gaspard	Chirurgie Générale
9. Dr HINSON Vikkey Antoine	Médecine du Travail
10. Dr LALYA Francis Honorat.....	Pédiatrie et Génétique Médicale
11. Dr SISSINTO SAVI DE TOVE Yolande.....	Parasitologie-Mycologie
12. Dr VIGAN Jacques	Néphrologie
13. Dr YEMOA Loconon Y. Achille.....	Chimie Analytique-Bromatologie
14. Dr AGBODANDE Kouessi Anthelme	Médecine Interne
15. Dr ALIHONOU Thierry	Neurochirurgie
16. Dr BAGNAN TOSSA Léhila.....	Pédiatrie et Génétique Médicale
17. Dr GANFON Habib M. Yoel.	Pharmacognosie
18. Dr KEREKOU Annelie Célestine.	Endocrinologie
19. Dr VODOUHE Ulrich B.	ORL-Chirurgie Cervico Faciale
20. Dr WANVOEGBE Armand.....	Médecine Interne

PBK 3/10

Source : Service du Personnel

NE VALIDE 2021

[4]

MAITRES ASSISTANTS

1.	Dr GANDAHO Hugues Jean-Thierry	Neurochirurgie
2.	Dr AGBOTON Bruno Léopold	Néphrologie
3.	Dr ALIHONOU Florence	Pédiatrie et Génétique Médicale
4.	Dr ABOUKI Chakiratou Olaïdé Adoukè	Ophtalmologie
5.	Dr AKPADJAN Gbèmawonmédé Fabrice	Dermatologie-Vénérologie
6.	Dr CHIGBLO Ségla Pascal Eric	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
7.	Dr DEGBOE Kaï Bérénice Esthelle	Dermatologie-Vénérologie
8.	Dr DJOSSOU Médéssè David (Demande de mise à disponibilité)	Odontologie Pédiatrique
9.	Dr HODONOU Détondji Fred Jean-Martin	Urologie-Andrologie
10.	Dr LAWANI Ismaïla	Chirurgie Viscérale
11.	Dr OGOUDJOBI Ogourindé Mathieu	Gynécologie-Obstétrique
12.	Dr ZOHOUN-GUIDIGBI Lutécia Myria A	Pédiatrie et Génétique Médicale
13.	Dr ABOUBACAR Moufalilou	Gynécologie-Obstétrique
14.	Dr ADJADOHOUN Sonia B.M. Gwladys	Radiologie
15.	Dr ADJAGBA D. Philippe M	Cardiologie
16.	Dr AMOSSOU L. François	Traumatologie-Orthopédie
17.	Dr ATTOLOU Sètondji Roger Gilles	Chirurgie Générale
18.	Dr AZONBAKIN Azandégbé Simon	Histologie-Embryologie-Cytogénétique
19.	Dr BADOU Agnès Oladun Sylvie	Ethnologie
20.	Dr GNANGNON Freddy Houehanou R	Cancérologie Chirurgicale
21.	Dr GNINKOUN Comlan Jules	Endocrinologie Métabolisme et Nutrition
22.	Dr IMOROU SOUAÏBOU Yacoubou	Chirurgie Générale
23.	Dr KPOSSOU Aboudou Raïmi	Gastroentérologie et Hépathologie
24.	Dr LOKOSSOU M. Symphorose	Gynécologie-Obstétrique
25.	Dr PADONOU Abiodoun Djossè	Traumatologie-Orthopédie
26.	Dr PADONOU Sètondji Géraud Roméo	Santé Publique
27.	Dr SEIDOU Fallatou	Anatomie Pathologique
28.	Dr SONOU Djidjoho Joël A	Cardiologie
29.	Dr TOGNIFODE M. Véronique	Gynécologie-Obstétrique
30.	Dr TOKOUDAGBA Kossi Jean-Marie Dénis	Chimie Organique et Chimie des Substances Naturelles
31.	Dr WACHINOU Ablo Prudence	Pneumo-Phtisiologie
32.	Dr YEVI Dodji Magloire Inès	Urologie Andrologie
33.	Dr ADJOBIMEY Ménonli	Santé au Travail
34.	Dr AKODJENOU Joseph	Anesthésie Réanimation
35.	Dr ANAGONOU Lary Lucrèce	Pédopsychiatrie
36.	Dr BANCOLE POGNON Sylvie Arlette A	Chirurgie Buccale
37.	Dr BIGOT Cédric Egnonwa Parfait	Médecine Légale
38.	Dr BOGNON Gilles M	Pédiatrie
39.	Dr KLIKPO Elvire	Psychiatrie Adulte
40.	Dr MIKPONHOUE Rose Christelle épse OLOU	Médecine du Travail
41.	Dr PADONOU Caroline	Pédiatrie

MAK 4/10

Source : Service du Personnel

[5]

42. Dr ZOHOUN Comlan Gildas Alban	Hématologie
43. Dr AHOUNOU Ernest Stéphane	Anesthésie-Réanimation
44. Dr AÏGBE Nestor	Ophtalmologie
45. Dr DANGBEMEY Djima Patrice	Gynécologie-Obstrétique
46. Dr DO SANTOS ZOUNON Alexis	OTO-Rhino Laryngologie et Chirurgie Cervico-Faciale
47. Dr HOUNKPONOU Eliane Kayivi Murielle épouse AMOUSSOU-GUENOU	Cardiologie
48. Dr LALEYE Christel Marie Fortunat Olatumbossum B.I.	Anatomie
49. Dr MIZEHOUN Gbédécon Carmelle	Nutrition et Diététique

ASSISTANTS

1. Dr VIGNON Cyprien K.(Procédure d'appel en cours pour service abandonné)	Chirurgie Générale
2. Dr LANKPEKO-AFFOLABI Clémence M.	Pédiatrie et Génétique Médicale
3. Dr YAKOUBOU YOBO Annatou	Pédiatrie et Génétique Médicale
4. Dr SOSSA Jean	Urologie
5. Dr VIGNON Koffi Rodolphe	Hépato-Gastroentérologie
6. Dr AMONLES Yves D.	Psychiatrie
7. Dr LAWSON Roland F (Situation non connue)	Pharmacologie
8. AGBOKPONTO Janvier Engelbert	Chimie Analytique
9. Dr HOUESSOU ENIANLOKO Nicole Zinhoué épse TCHIAKPE	Pédiatrie
10. Dr HOUNDETOUNGAN David Gilles	Biophysique
11. Dr AZA-GNANDJI Guy-Gérard	Psychiatrie
12. Dr DADJO Kinski Aumar	Traumatologie Orthopédie
13. Dr GOUKODADJA Oswald	Traumatologie Orthopédie
14. Dr ASSANHOU Assogba Gabin	Pharmacie Galénique
15. Dr BAGLO Dédé Priscilia Tatiana	Hématologie Biologie

MBK 5/10

Source : Service du Personnel

[6]

EMERITES

1- Dr BASSABI Souleymane.....

2- Dr AHYI Réné A. Galbert.....

3- Dr PADONOU Nazaire.....

4- Dr HOUNKPE Célestin.....

5- Dr Do ANGO-PADONOU Florencia.....

6- Dr GNINAFON Martin.....

7- Dr ALIHONOU Eusèbe Magloire.....

COLLABORATEURS

A- COLLABORATEURS EXTERIEURS

1- Dr LECLERCQ Joëlle.....	Professeur de Pharmacognosie à l'Université Catholique de Louvain (UCL)
2 - Dr CREPPY Edmond.....	Professeur de Toxicologie à la retraite - Université de Bordeaux 2
3 - Dr ATINDEHOU Eugène.....	Professeur de Chimie Analytique à la retraite - Université Félix HOUPHOUËT BOIGNY
4 - Dr GRISLAIN Luc.....	Professeur de Galénique à l'Université Bordeaux 2
5 - Dr POUPAERT Jacques.....	Professeur de Chimie Pharmaceutique à la retraite – Université Catholique de Louvrain
6 - Dr EVRARD Brigitte.....	Professeur de Galénique à l'Université de Liège
7-Dr ROBERT Jean-Michel	Professeur de Chimie Thérapeutique/UFR Pharmacie Université de Nantes
8-Dr ZIME DIAWARA H. Hermine	Maître-Assistant de Pharmacie Galénique à l'Université Joseph KI-ZERBO ; Burkina-Faso
9-Dr OUATTARA Mahama.....	Maître de Conférences Agrégé de Chimie Médicale à l'Université Félix HOUPHOUËT BOIGNY
10-Dr SANGARE Béatrice.....	Maître de Conférences Agrégé de Toxicologie à l'Université Félix HOUPHOUËT BOIGNY

Source : Service du Personnel

MASK 6/10

NOVEMBRE 2021

[7]

B- COLLABORATEURS NATIONAUX

1- Dr LOKO Frédéric Simplice	Professeur Titulaire de Biochimie à l'Ecole Polytechnique de l'UAC
2–Dr AHISSOU Hyacinthe.....	Professeur Titulaire de Biochimie à la Faculté des Sciences et Techniques de l'UAC
3–Dr GBENOU Joachim	Professeur Titulaire de Chimie Organique à la Faculté des Sciences et Techniques de l'UAC
4- Dr OUENDO Edgard-Marius.....	Professeur Titulaire en Santé Publique, Epidémiologie (IRSP)
5- Dr KPATCHAVI Adolphe.....	Professeur Titulaire en Sociologie Anthropologie
6- Dr AGUEH Damienne Victoire.....	Professeur Titulaire en Santé Publique, Epidémiologie (IRSP) ; Maître ès Sciences en Nutrition
7–Dr JOSSE Roger Gérard	Professeur Titulaire de Chimie Analytique à la Faculté des Sciences et Techniques de l'UAC
8–Dr GBAGUIDI Fernand	Professeur Titulaire de Chimie Organique à la Faculté des Sciences et Techniques de l'UAC
9–Dr WOTTO Valentin	Professeur Titulaire de Chimie Physique à la Faculté des Sciences et Techniques de l'UAC
10- Mr ATOHOUN Guy	Professeur Titulaire de Chimie Minérale
11- Dr EZIN Eugène.....	Professeur Titulaire en Informatique à l'Institut de Mathématiques et de Sciences Physiques de l'UAC
12– Dr OGOUYANDJOU Simplice.....	Maître de Conférences en Mathématiques
13- Dr KPOVIESSI Salomé	Professeur Titulaire en Chimie Organique à la Faculté des Sciences et Techniques de l'UAC
14- Dr DJEGO Gaudens	Professeur Titulaire en Ecologie/Botanique
15- Mr AGBANI Benoît	Maître Assistant de Physique à la Faculté des Sciences et Techniques de l'UAC
16- Dr MEDEGAN FAGLA Sédami Romarique.....	Maître-Assistant en Chimie Organique.

MAK 9/10

Source : Service du Personnel

[8]

C- AUTRES ENSEIGNANTS ASSOCIES

1 - Mr JADIN Olivier	Kinésithérapie
2 - Mr YEHOUESSI Jacques	Soins Infirmiers
3 - Mme QUENUM Marie	Soins Infirmiers
4 - Mr AFANUH Matthew	Anglais
5- Dr HENADOU Martin	Législation Pharmaceutique
6 - Dr AHLONSOU Prosper	Législation Pharmaceutique
7 - Mr ANANI Yves	Techniques de kinésithérapie passive
8 - Mr ASSOGBA Franck	Techniques de kinésithérapie active
9 - Mr GNIMASSOU Karol	Techniques de kinésithérapie respiratoire
10- Mme DJIVOH Yolande	Périnéologie
11- Mr AHO Audrey	Electrothérapie
12 - Dr HOUNGBEDJI Germain	Analyse du mouvement, Biomatériaux et Thérapie Manuelle Orthopédique
13 - Mr SOGBOSSI Emmanuel	Anatomie palpatoire
14 - Mme ZOUNON Diane	Analyse du mouvement
15 - Mr OLOUKA Jean	Techniques de kinésithérapie en neurologie adulte
16 - Mme BABI Josiane	Techniques de kinésithérapie en neurologie-pédiatrie
17 - Mr ACAKPO Alfred	Nutrition
18- Mr KADI Christophe	Anglais
20 - Mr DJOSSOU A. K. Alfred	Anglais
21 - Mr SOUMANOU Mohamed	Technologie alimentaire
22 - Mr ABOU Adam	Technologie alimentaire
23 - Mme CAPO-CHICHI Callinice	Biologie moléculaire
24 - Mr SANNI Ambaliou	Biologie moléculaire
25 - Dr ALASSANI Adébayo	Médecine interne/Nutrition
26 - Mr MIKODE Denis	Nutrition
27 - Mme LOKOSSOU Céline	Nutrition

Source : Service du Personnel

V.E.V.P.E 2021

[9]

28 - Mme HOUNGBO Hermance.....	Nutrition
29 - Mr ADOMAHOU David.....	Nutrition
30 -Mme DOSSOU-SINTONDJI Reine.....	Nutrition
31- Dr SOSSA Charles.....	Nutrition
32 - Mr HESSOU Joseph.....	Nutrition
33 - Mme MELOME Marie Constance	Communication
34 - Mme COSSI Reine.....	Méthodologie
35 – Dr MORDU Karim	Nutrition
36– Dr AZANDJEME Colette	Nutrition
39-Mme Napporn Clarisse.....	Psychologie Sociale, (Maître-assistant à la FLASH)
40 - Mr AÏHOU Mamère.....	Finances Publiques
41 -Mr AMOUSSOU YEYE Denis	Psychologie générale, Psychologie du couple
42- Dr BODEA Gilbert	Méthodologie de la recherche, Sociologie de la famille
43 - Mr ZANNOU Jules.....	Droit Administratif et Constitutionnel
44 - Mr KEKE Jean-Claude.....	Economie
45 - Mr AVOCE Viagamou.....	Economie
46- Mr EKPINSE Emile.....	Rédaction administrative
47 - Mme SAGBOHAN Mireille.....	Economie Familiale, Economie Sociale
48- Mr HOUEDJISSIN Benoit.....	Déviance et délinquance juvénile
49 - Mme AKINHOLA Valérie.....	Méthodologie d'intervention, intervention sociale d'aide à la personne
50 - Mme IDOSSOU Valérie.....	Introduction à la politique sociale, politique de protection des personnes âgées, cadre théorique, service social de groupe
51- Mr ADJAÏ Olivier.....	Politique de protection sociale de l'enfant
52 - Mr TONI Mathias.....	Politique de la jeunesse, Politique de protection sociale des personnes handicapées
53- Mr COMAHOUE Franck	Politique de protection sociale de l'enfant, TD devoir médico-social (Méthodologie d'intervention)
54- Mme SESSOU Fidélia	TD Devoir social (Méthodologie d'intervention)

Source : Service du Personnel

NOVEMBRE 2021

[10]

55- Dr de SOUZA Pélagie Léchidia.....	Socio-Anthropologie Générale
56 - Mr SOSSOU Janvier	Technique d'animation
57 - Mr HOUNTONDJI Albert	Droit du travail
58 - Mr HOUNTONDJI Jules	Service social communautaire
59- Mr ALADATIN Prévert	Droit Pénal Général, Procédure Pénal
60 - Dr IBIKUNLE Charles	Introduction au Droit, Droit civil
61 - Mme TCHIBOZO Pauline	Intervention d'aide à la personne
62- Mr ATOOJINOU Candide	Statistique
63- Mr AKOCHAYE Nicolas	Démographie
64 - Dr VISSOH Séraphin.....	Méthodologie de la Recherche
65 – Mr GBEHINTO Bruno	Gestion de projet
66- Mr NANSI Célestin	Sécurité Sociale
67- Mr AGBOGBE Nestor	RBC et Pédiatrie Sociale
68- Mme DARBOUX Marie Antoinette Brigitte	Littérature Anglaise et Américaine

Le Doyen,

01/12/2021

LE DOYEN

Professeur Delphin K. MEHINTO

Source : Service du Personnel

NOVEMBRE 2021

Action de grâce

A Dieu le Père, mon Tout

Abba Père, même si j'utilisais toutes les pages de cet ouvrage pour exprimer les pensées de mon cœur, ça ne suffirait pas pour décrire ma reconnaissance. Je ne trouve qu'un mot pour tout dire.

MERCI !

Dédicaces

A mon père bien aimé, Alain H. HOUNSOU

Je veux exprimer en ce jour à quel point je suis fière de t'avoir comme père. Savoir que tu comptes beaucoup sur moi était la force qui me poussait à ne jamais baisser les bras. Merci d'avoir été ma source de motivation. Je t'aime papa !

A mon adorable mère, Rose S. KENALI

Si je devais te qualifier en une seule phrase, je dirais simplement que tu es « le prototype d'une mère parfaite ». A chacune de mes compositions dans cette faculté, tu te privais de nourriture et restais sur tes genoux jusqu'à la fin de l'examen. Ce travail est le fruit de tes efforts. Je t'aime maman !

A mes frères et à ma sœur

Nephtali, Jaurès, Mardoché, Shalom et à mon adorable Merveille : Être un modèle était pour moi un défi en tant que votre ainée. Merci pour votre soutient et vos prières quotidiennes. Puissiez-vous trouver en ce travail la motivation de toujours dépasser vos limites. Je vous aime beaucoup !

A Amour Bachirou OROU-BAREI YACOUBOU

Tu as promis faire ce qui est de ton devoir ; et tu l'as plutôt fait au-delà des limites. Je n'arrêterai jamais de prier pour toi. Tu demeureras maintenant et à jamais dans l'abondance.

A Josué YOKOPI

Papa ! Je t'ai toujours appelé père parce que pour moi tu l'as été. Tu as toujours chargé mes fardeaux comme s'ils étaient les tiens et même quand je suis épuisée, tu trouves toujours les mots qu'il faut pour que je tienne jusqu'au bout. Reçois la reconnaissance que dégage mon cœur.

Remerciements

A toute l'équipe de neurologie et en particulier Dr Salim DJAOUGA

Cher aîné, merci d'être à la fois frère, conseiller, coach, motivateur (..) ; pour tous ces moments où tu as dû m'intégrer dans ton emploi du temps et surtout merci pour ta patience et ton sens de compréhension. Egalement, merci pour cet amour que tu m'as donné pour la neurologie. Reçois l'abondance divine !

A mes collègues Elvine, Guy Morel et Franel

Merci de m'avoir acceptée. L'expérience fut belle. Vous êtes les meilleurs. Bonne carrière à nous !

A Déogratias MEHOU

Les sentiments profonds sont souvent très difficiles à exprimer. C'est le cas en ce jour. Je pense que Merci pourra tout dire.

A Bertrand, Morelle, et au couple LOKOSSOU

Le chemin n'aurait pas été facile sans vous. Merci d'être toujours là dans les moments de joie et de difficulté. Il y a des souvenirs que je n'oublierai jamais.

Hommages

A notre maitre et directeur de thèse, Professeur K. Constant ADJIEN

Cher Maître, nous avons été particulièrement marquée par la patience dont vous avez fait preuve durant la direction de ce travail. Votre disponibilité malgré vos obligations professionnelles, vos encouragements incessants et votre amabilité combinée à votre rigueur, sont tant de qualités qui nous ont impacté positivement. Puisse le Dieu tout puissant vous accorder bonne santé, bonheur et prospérité. AMEN !

A notre co-directeur de thèse, Dr HOUEZE Richard

Nous avons été personnellement marquée par votre disponibilité et votre promptitude à nous venir en aide chaque fois que nous avons eu besoin de vous. Vous avez su créer un climat confortable de travail qui nous a facilité la tâche. Recevez nos profondes reconnaissances.

A tous nos maîtres de la Faculté des Sciences de Santé de Cotonou

Chers maitres, votre rigueur scientifique et la qualité de l'enseignement que vous nous donnez ont fait de cette faculté une référence dans la sous-région. Nous sommes très fière des connaissances que vous nous avez inculqué et nous veillerons, partout où nous servirons, à vous faire honneur en appliquant vos précieux enseignements. Merci d'avoir semé en nous le goût du travail bien fait et l'esprit de sacrifice. Veillez accepter nos remerciements les plus sincères.

A son excellence Monsieur le Président du jury

Nous sommes très sensible à l'honneur que vous nous faites en acceptant de présider ce jury malgré vos lourdes responsabilités. Nous sommes convaincue que toutes les critiques et observations que vous apporterez à ce travail nous permettront de le rendre meilleur. Recevez ici le témoignage de notre profond respect.

A nos maîtres, les honorables membres du jury

Nous sommes très heureuse de l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger notre thèse. Vos recommandations contribueront sans doute à améliorer sa qualité. Hommages respectueux.

Liste des sigles et abréviations

Liste des sigles et abréviations

ASS	Afrique Sub Saharienne
BIE	Bureau International de l'Epilepsie
CNHU-HKM	Centre National Hospitalier Universitaire Hubert Koutoukou Maga
EEG	Electroencéphalogramme
EME	Etat de Mal Epileptique
FLAIR	Fluide Attenuated Inversion Recovery
IRM	Imagerie par Résonnance Magnétique
LCS	Liquide Cérébro-Spinal
LICE	Ligue Internationale Contre l'Epilepsie
MAE	Médicament Anti Épileptique
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PED	Pays En voie de Développement
PSE	Personne Souffrant d'Epilepsie
TEP	Tomographie par Emission de Positons

Liste des tableaux

Tableau I : Prévalence de l'épilepsie en population générale au Benin, Gnonlonfoun, 2020..…….…… 13

Tableau II: Médicaments antiépileptiques selon la chronologie d'apparition…….. 23

Tableau III: Caractéristiques sociodémographiques des patients épileptiques, Cotonou, 2021..... 34

Tableau IV: Attitudes des patients lors de la première crise, Cotonou, 2021……... 36

Tableau V: Lieu de la consultation initiale, Cotonou, 2021..…….. 37

Tableau VI: Traitement de la première crise épileptique, Cotonou, 2021…….. 37

Tableau VII: Evolution après le premier traitement, Cotonou, 2021…. 38

Tableau VIII: Répartition des patients lors de la deuxième consultation en fonction du lieu de la consultation, Cotonou, 2021.… 39

Tableau IX: Personne ayant orienté les patients vers le service de neurologie, Cotonou, 2021....…… 40

Tableau X: Temps écoulé avant la première consultation dans un hôpital, Cotonou, 2021…..…… 40

Tableau XI: Reconnaissance de la maladie par les patients et les parents, Cotonou, 2021……..... 41

Tableau XII: Traitement en cours pendant l'enquête, Cotonou, 2021... 41

Tableau XIII: Evolution sous traitement en cours, Cotonou, 2021..... 43

Liste des figures

Figure 1: Classification des crises épileptiques, LICE, 2017 …….. 9

Figure 2: Classification des syndromes épileptiques, CEN, 2019, illustration de Carole Fumat, d'après S. Nguyen. …….. 10

Figure 3: Prévalence régionale de l'épilepsie au Bénin, Yemadje, 2012... 12

Figure 4: Principaux mécanismes physiopathologiques de l'épilepsie..... 16

Figure 5: Principales étiologies de l'épilepsie, CEN 2019, Illustration de Carole Fumat …..... 19

Figure 6: Diagramme de flux, échantillonnage des épileptiques, Cotonou, 2021 ……..... 28

Figure 7: Perception de l'épilepsie par les enquêtés, Cotonou, 2021…….. 35

Figure 8: Répartition des épileptiques lors de la première et deuxième consultation en fonction du lieu de la consultation, Cotonou, 2021 39

Figure 9: Médicaments antiépileptiques utilisés, Cotonou, 2021……..... 42

Sommaire

Introduction 1

1. Généralités 4

2. Cadre et méthodes de l'étude 25

3. Résultats 32

4. Discussion 45

Conclusion et suggestions 59

Références 64

Annexes ..... a

Table des matières ..... g

Introduction

L'épilepsie est une affection neurologique grave caractérisée par la répétition, chez un même sujet, de crises épileptiques spontanées. C'est une maladie très répandue, soit plus de 70 millions de cas dans le monde. Près de 80% des personnes souffrant d'épilepsie (PSE) se retrouvent dans les pays en voie de développement (PED) dont le Bénin [1]. De ce fait, elle constitue un réel problème de santé publique. Selon une étude rétrospective publiée par **Adjien et *al.*** en 2018, la prévalence hospitalière de l'épilepsie de novo (épilepsie nouvellement diagnostiquée) chez les adultes au Benin était de 67% [2].

Pendant longtemps, l'épilepsie est demeurée une pathologie effrayante à cause du caractère caricatural de sa manifestation la plus fréquente qu'est la crise tonico-clonique généralisée. C'est pour ce fait qu'en juin 1997, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la Ligue Internationale Contre l'Epilepsie (LICE) et le Bureau International de l'Epilepsie (IBE) ont initié une campagne mondiale contre l'épilepsie dont le thème était « Sortir l'épilepsie de l'ombre » [3]. Son but était d'améliorer les connaissances de la population et des professionnels de santé sur la maladie. Cependant, malgré tous les travaux réalisés jusqu'à ce jour, les connaissances sur l'épilepsie restent chargées de mythes et d'appréhensions. Elle continue d'être vue comme une maladie mystique, liée à l'envoutement, à la sorcellerie etc. Ces croyances culturelles mystico-religieuses influent beaucoup sur le choix thérapeutique des patients et de leurs parents qui, pour la majorité, font recours à la médecine traditionnelle et aux pratiques religieuses. Au Benin, une étude faite en 2005 à Djidja montrait que plus d'une PSE sur deux (55,3%) consultait un tradithérapeute dès la première crise [4]. Au Cameroun, 30,2% des personnes interrogées sur l'épilepsie pensaient qu'elle ne peut être guérie que par les guérisseurs traditionnels [5]. Le recours à la tradithérapie occasionne un retard dans la prise en charge adéquate de la pathologie participant ainsi au grand déficit

thérapeutique observé dans les pays de l'Afrique sub-saharienne [6–10]. Au Benin, le déficit thérapeutique est estimé à 86,7% en population générale [11].

A ce jour, plusieurs études ont été menées au Bénin sur l'épilepsie mais peu se sont intéressées au parcours des patients épileptiques dans leurs recherches de soins antiépileptiques. Nous avons donc initié la nôtre pour explorer l'itinéraire thérapeutique des épileptiques suivis en 2021 au Centre National Hospitalier Universitaire Hubert Koutokou Maga (CNHU-HKM) de Cotonou. Pour y arriver, nous nous sommes fixés les objectifs suivants :

❖ OBJECTIF GENERAL

Analyser l'itinéraire thérapeutique des malades épileptiques suivis dans le service de neurologie du CNHU-HKM de Cotonou en 2021.

❖ OBJECTIFS SPECIFIQUES

1. Décrire le parcours des patients épileptiques depuis la première crise jusqu'à leur première consultation en neurologie au CNHU-HKM ;
2. Déterminer les facteurs explicatifs du choix de l'itinéraire thérapeutique ;
3. Identifier les moyens thérapeutiques utilisés par les patients ;
4. Identifier les facteurs limitant l'accès aux traitements antiépileptiques.

1. Généralités

1.1. Définitions

❖ Crise epileptique

Ensemble de manifestations cliniques paroxystiques, imprévisibles et transitoires qui résultent de l'hyperactivité paroxystique d'un réseau de neurones corticaux ou cortico-sous-corticaux et de son éventuelle propagation [12].

Selon la ligue internationale de l'épilepsie (LICE) en 2005, une crise épileptique est la présence transitoire de signes et/ou symptômes dus à une activité neuronale excessive ou synchrone anormale dans le cerveau [13].

❖ Épilepsie

Maladie cérébrale chronique caractérisée par la survenue d'au moins une crise épileptique, une prédisposition durable à générer des crises, ainsi que par des conséquences neurobiologiques, neuropsychologiques, sociales et psychiatriques. D'un point de vue pratique, cette prédisposition cérébrale durable à générer des crises est établie par :

- la survenue d'au moins deux crises épileptiques cliniquement avérées, non provoquées, espacées d'au moins 24 heures ;
- l'identification d'un syndrome épileptogène ;
- la survenue d'une crise épileptique cliniquement avérée non provoquée et un risque estimé de récidive supérieur à 60 % dans les 10 ans, soit au moins un élément pathologique retrouvé :
  - présence d'anomalies paroxystiques à l'électroencéphalogramme (EEG) ;
  - lésion cérébrale préexistante épileptogène à l'imagerie ;
  - trouble neuro-développemental préexistant [12].

Selon la LICE en 2005, l'épilepsie est un trouble cérébral caractérisé par une prédisposition durable à générer des crises épileptiques et par les conséquences neurobiologiques, cognitives, psychologiques et sociales de cette affection [13].

❖ **Syndromes épileptiques**

Ensemble qui intègre le ou les types de crises épileptiques présentées par le même individu (crise généralisée ou focale), les anomalies à l'EEG, l'âge de début des crises, l'état clinique inter-critique, les anomalies de l'IRM encéphalique et l'étiologie des crises, tous ceux-ci conditionnant le pronostic et le traitement.

❖ **Etat de mal épileptique (EME)**

Il est défini comme une crise épileptique qui persiste suffisamment longtemps ou qui se répète à des intervalles suffisamment brefs pour créer une condition épileptique stable et durable. De façon opérationnelle, ce sont des crises anormalement prolongées ou se répétant sans reprise de conscience qui peuvent mettre en jeu le pronostic vital ou fonctionnel du patient. La durée au-delà de laquelle le diagnostic est posé varie selon le type de crise. En ce qui concerne les crises tonicocloniques généralisées, le diagnostic est posé si les phases toniques et cloniques réunies durent plus de 5 minutes. Pour les autres formes d'état de mal (non convulsives, d'expression confusionnelle), la durée est variable, entre 10 et 30 minutes [12].

❖ **Personne souffrant de l'épilepsie (PSE)**

Tout individu vivant avec une épilepsie quel que soit le type [13].

❖ **Itinéraire thérapeutique**

C’est l’ensemble des étapes de diagnostic et de traitement pour la prise en charge d’un malade [4].

1.2. Historique

Le terme épilepsie vient du nom latin « epilepsia » qui dérive du verbe grec « epilambanein » ; ce qui signifie « saisir ou attaquer par surprise ». Il apparaît dans la littérature française en 1503. Déjà à l'époque romaine, l'épilepsie était un objet de crainte et de rejet. De nombreux siècles d'obscurantisme ont suivi [14]. Pendant le moyen âge, elle était assimilée à une possession démoniaque. Une tablette babylonienne datant d’au moins 2000 ans avant J-C décrit les différentes crises épileptiques et associe chaque type de crise au nom d’un esprit ou d’un dieu malfaisant [4].

Au V^{e} siècle avant J-C, Hippocrate, dans un traité titré « la maladie sacrée » a donné la première explication naturelle des crises épileptiques. Il voyait l’épilepsie comme un dérèglement cérébral et non une maladie sacrée [4].

Mais pendant les 20 siècles suivants cette théorie d’Hippocrate, ce sont les conceptions surnaturelles qui ont prévalu. L’idée d’épilepsie comme dérèglement cérébral n’a commencé à prendre racine qu’aux XVIII^{e} et XIX^{e} siècles de notre ère. Ainsi, « Le traité de l’épilepsie » de TISSOT en 1770 constitue l’une des premières approches scientifiques de la maladie [14].

Par la suite, au XIXème siècle, de nombreux chercheurs tels que Esquirol, Bouchet, Cazauvielh, Herpin... ont apporté d'importantes contributions dans la terminologie, la neuropathologie et le traitement des épilepsies [4,14]. Au cours du XXème siècle, les progrès ont été surtout thérapeutiques et diagnostiques. L'œuvre de John Hughlings JACKSON domine la littérature épileptologique de

la seconde moitié du XXème siècle. Il établit les caractéristiques dynamiques et fonctionnelles de la décharge électrique. Les premiers essais thérapeutiques à base de bromure ont eu lieu à la même époque. En 1912, HAUPTMAN a introduit le phénobarbital puis MERRIT et PUTMAN ont utilisé la phénytoïne en 1938 dans le traitement des épileptiques. L'introduction de l'électroencéphalogramme (EEG) en 1929 par Hans BERGER et les travaux de GIBBS, LENNOX et GASTAUT ont permis une approche nouvelle dans la compréhension et le diagnostic de l'épilepsie. Dans les années 50, PENFIELD et JASPERS ont amélioré la thérapeutique en y introduisant la chirurgie.

Grâce aux travaux des différentes écoles, basés sur l'observation des crises épileptiques couplées à l'EEG, plusieurs classifications des crises épileptiques ont été proposées jusqu'à l'adoption de la classification syndromique [12]. La ligue internationale contre l'épilepsie (LICE) de son coté, a revu la définition de l'épilepsie avec l'adoption en 2014 d'une définition opérationnelle, mieux adaptée à la réalité médicale [13].

1.3. Classifications

La première classification des crises épileptiques a été réalisée par Gastaut en 1970 [15]. Cette classification a été révisée en 1981 [16]. Elle était basée sur des éléments cliniques et électro-physiologiques uniquement. En 1989, la LICE a également proposé une classification des épilepsies et des syndromes épileptiques [17]. Cette classification était étroitement liée à la classification des crises de 1981. La nouvelle classification des épilepsies est une classification à plusieurs niveaux, conçue pour répondre à la classification de l'épilepsie dans des environnements cliniques différents. Dans la mesure du possible, un diagnostic à trois niveaux doit être recherché ainsi que l'étiologie de l'épilepsie [13]. Ce diagnostic part du type de crise épileptique pour déboucher sur le syndrome

épileptique orientant enfin vers une approche étiologique. La figure 1 présente les crises épileptiques selon la dernière classification de la LICE en 2017 [18].

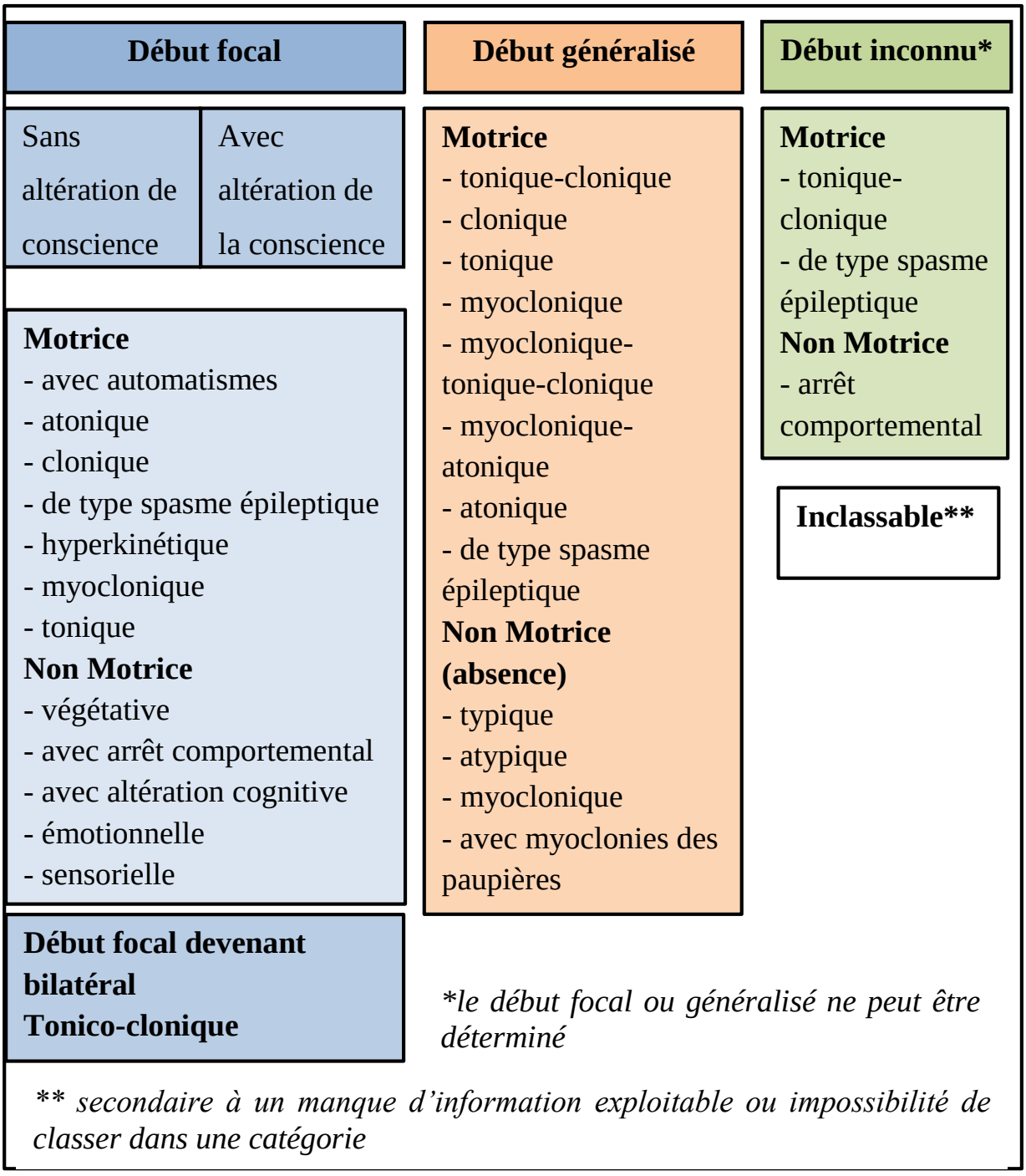


Figure 1: Classification des crises épileptiques, LICE, 2017

A partir des crises épileptiques, associées à d'autres paramètres cliniques, électroencéphalographiques, radiologiques, évolutifs et pronostiques, les syndromes épileptiques [12] se déclinent comme suit : (Figure 2)

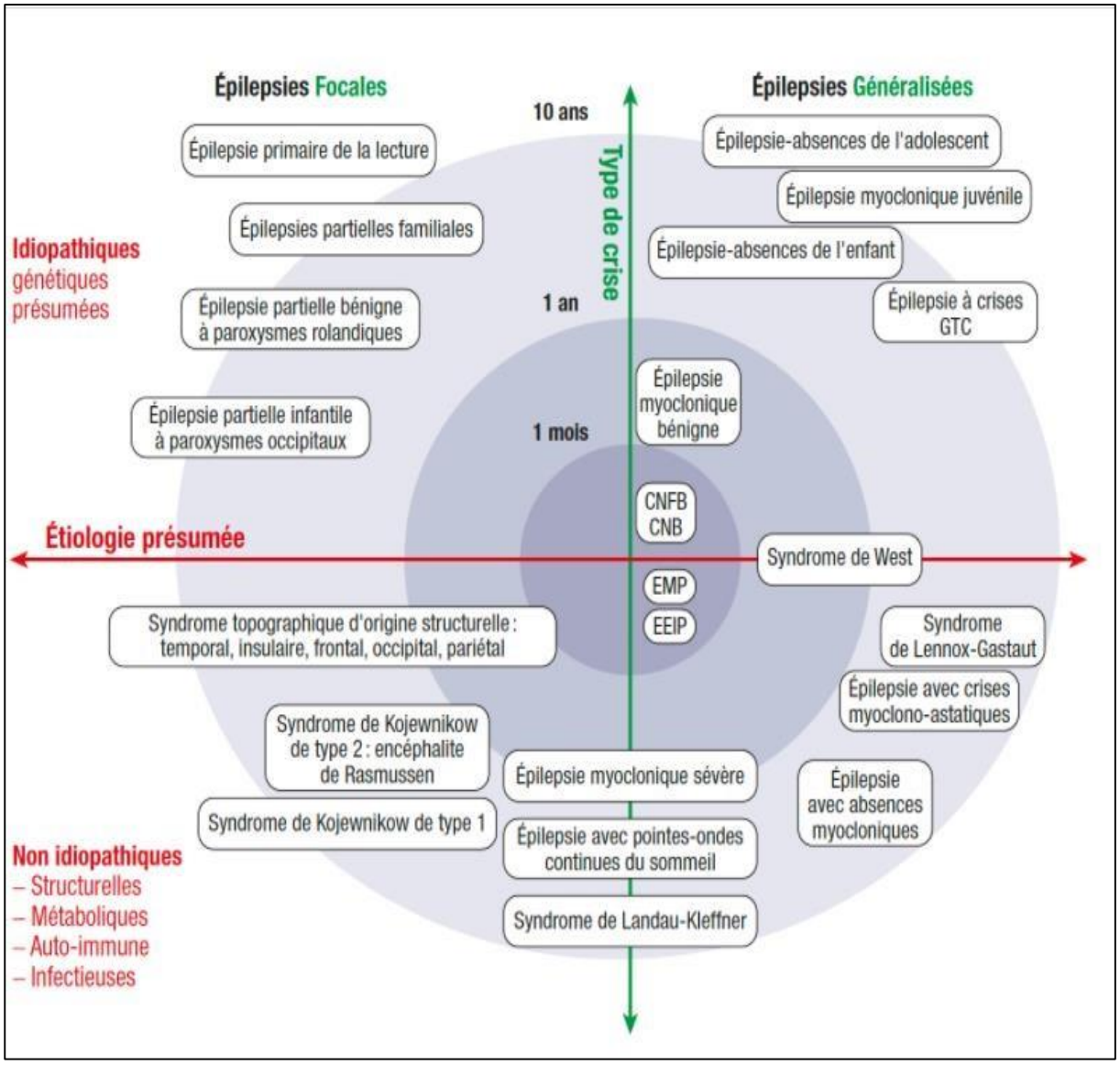


Figure 2 : Classification des syndromes épileptiques, CEN 2019, illustration de Carole Fumat, d'après S. Nguyen

1.4. Épidémiologie

L'épilepsie est l'une des maladies neurologiques chroniques les plus fréquentes dans le monde. L'OMS estime que 2,4 millions de personnes sont diagnostiquées chaque année [19]. Elle pose un problème de santé publique de par sa fréquence, ses répercussions sociales, psychologiques et économiques dans les pays à faible et moyen revenu.

❖ Prévalence

A l'échelle mondiale, la prévalence de l'épilepsie est de 0,5 à 1 % [12]. Les pays tropicaux portent une part importante du fardeau mondial. Ils souffrent d'un déficit thérapeutique estimé à 75% [10] avec une démographie médicale difficile (manque de neurologues, d'infirmiers spécialisés etc.).

En Afrique, il existe une grande variabilité des chiffres selon les pays et les régions. D'après des revues systématiques d'études porte-à-porte faites dans les pays africains, la prévalence médiane de l'épilepsie était estimée à 14,2‰ avec une variation allant de 2‰ à 74,4‰ [20].

Au Benin, elle varie de 15 à 40‰. **Yemadje et *al***. ont publié en 2012 un article de revue portant sur la prévalence de l'épilepsie chez les sujets âgés de 15 ans et plus [11]. La prévalence globale était de 8,05‰ avec une distribution selon le sexe légèrement plus élevée chez les hommes (9,77‰) que chez les femmes (6.79‰). La prévalence spécifique à l'âge était élevée dans les groupes d'âge de 15 à 24 ans (12,4‰) puis a diminué dans les tranches d'âge les plus élevées. En ce qui concerne la distribution régionale (figure 3), on notait une importante variation de la prévalence, allant de 2.93‰ dans une région (Savè) à 14.99‰ dans une autre (Cobly).

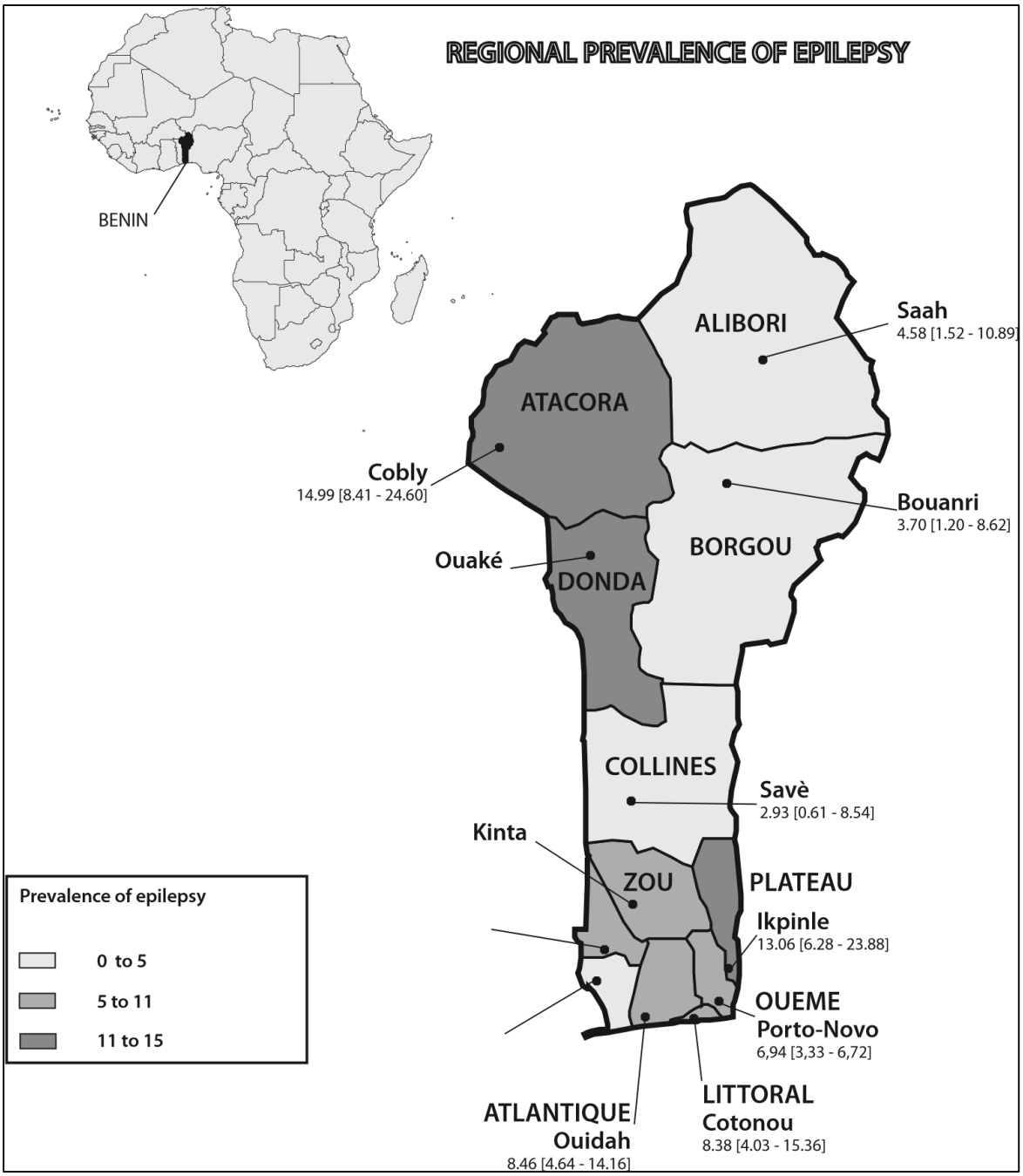


Figure 3 : Prévalence régionale de l'épilepsie au Bénin, Yemadjè, 2021

Le tableau I résume les données sur la prévalence de l'épilepsie en population générale au Bénin [21].

Tableau I : Prévalence de l'épilepsie en population générale au Bénin, Gnonlonfou, 2020

Région	**Auteurs**	**Année**	**N**	**Prév/1000**	**IC95%**	**Milieu**	**Type**
Agbodome	Gbénou	1995				Rural	
Zinvié	Debrock	1997	3134	21,1	ND	Rural	Transversale (Capture/Recapture)
Donga	Gnonlonfoun	2003	1380	24,6	17,4-34,7	Rural Urbain	Transversale
Djidja	Houinato	2005	1166	12,7	8,8-12,6	Rural	Transversale (Capture/Recapture)
Dangbo	Avode	2007	737	31	ND	Rural	Transversale
Tourou	Adoukonou	2011	1031	7	0.2-20	Rural	Transversale
CNHU-HKM	Avode	2013	1750	20	ND	Urbain	Transversale Rétrospective
Cotonou	Gnonlonfoun	2015	1050	10	8,2-12,5	Urbain	Transversale

❖ **Incidence**

A l'échelle mondiale, l'incidence annuelle de l'épilepsie a été estimée à 0,5 pour 1000 habitants par an avec une distribution bimodale (plus élevée chez l'enfant et après 60 ans). Environ 50 % des épilepsies débutent avant l'âge de 10 ans. L'incidence cumulative (probabilité de développer une épilepsie) a été évaluée à 3,1% pour une personne vivant jusqu'à 80 ans [12].

En Afrique subsaharienne, elle variait de 63 à 158 pour 100000 personnes [22].

1.5. Physiopathologie

La physiopathologie des crises épileptiques et des états de mal épileptiques met en jeu des mécanismes divers et complexes impliquant de multiples facteurs neurobiologiques [14]. Les événements épileptiques paroxystiques dépendent de circonstances particulières aiguës ou relèvent d'une prédisposition épileptique connue ou débutante, déterminée par des facteurs génétiques ou acquis. L'épileptogenèse primaire, indépendamment du type et de l'étiologie de l'épilepsie correspond à une rupture d'équilibre à plusieurs niveaux :

- un niveau membranaire essentiellement lié à un dysfonctionnement des canaux ioniques voltage-dépendants ;
- un niveau synaptique marqué par le déséquilibre entre systèmes inhibiteurs GABAergiques et systèmes excitateurs glutamatergiques, avec perturbation possible des systèmes neuromodulateurs ;
- un niveau environnemental périneuronal intéressant les contacts interneuronaux, le couple glie-neurone et la barrière hématoencéphalique.

La prolongation des crises épileptiques et les EME résultent du débordement des mécanismes endogènes protecteurs et des phénomènes réactionnels en cascade modifiant la plasticité neuronale. Dans ce cadre, l'activation des différents récepteurs glutamatergiques et l'accumulation intraneuronale de calcium occupent une place primordiale. Dans les EME, aux effets cérébraux directs se rajoutent des effets systémiques rapidement irréversibles par libération de catécholamines. A long terme, les processus différés d'excitotoxicité conduisent à l'installation d'une épileptogenèse secondaire en relation avec des phénomènes complexes : apoptose, réactions inflammatoires, réorganisation neuronale aberrante. Les applications pharmacologiques, potentiellement aussi diverses que les facteurs physiopathologiques, sont limitées par les difficultés à atteindre la cible pathologique sans retentir sur les fonctions physiologiques. La figure 4 regroupe les différents mécanismes.

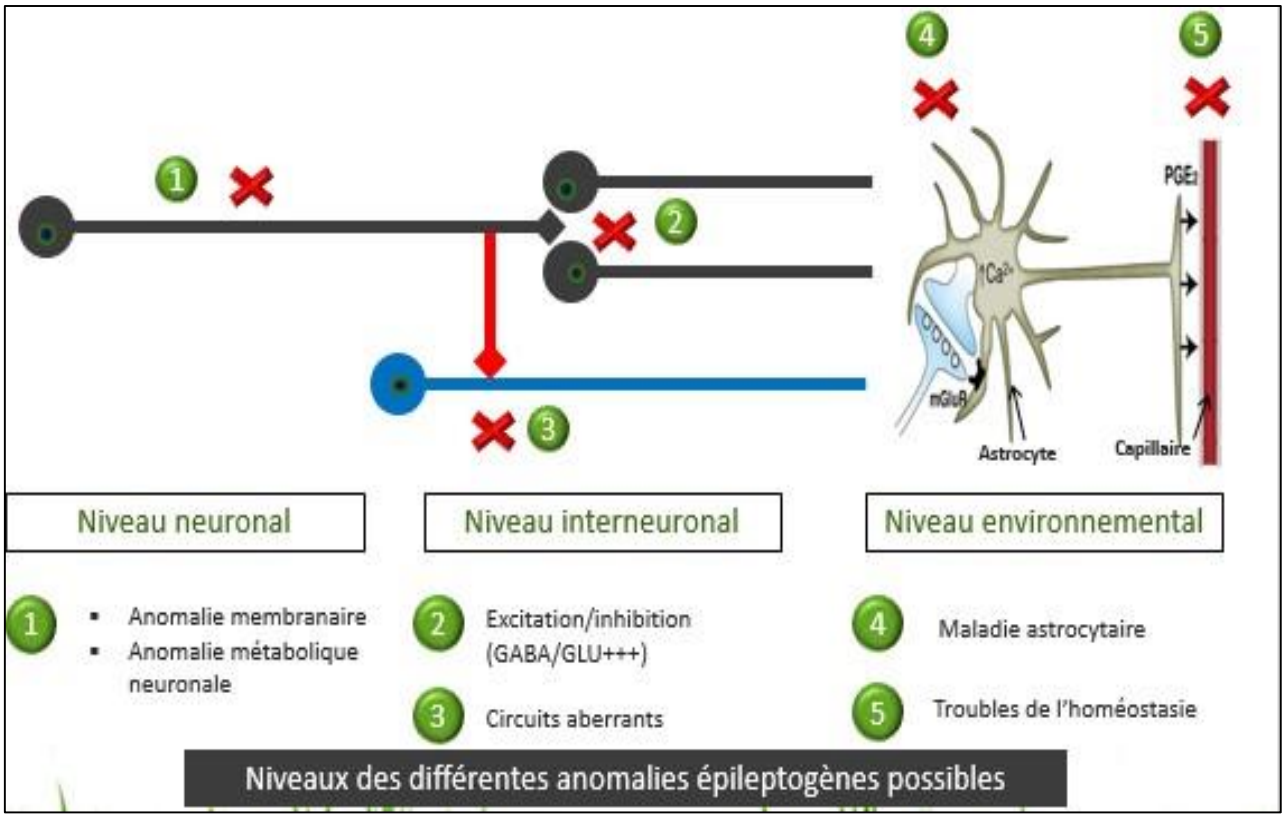


Figure 4: Principaux mécanismes physiopathologiques de l'épilepsie.

1.6. Diagnostic

Le diagnostic positif d'une épilepsie repose sur [12] :

- la survenue d'au moins deux crises épileptiques cliniquement avérées non provoquées espacées d'au moins 24 heures ;
- l'identification d'au moins une crise épileptique non provoquée associée à des facteurs prédisposant d'une récidive de crise (récidive supérieure à 60 % dans les 10 ans).

Il convient donc de mener une enquête précise basée sur :

- une anamnèse précise du patient et de son entourage afin de documenter les antécédents personnels (souffrance fœtale aiguë à la naissance, crise convulsive fébrile dans l'enfance, notion de méningite ou d'encéphalite,

traumatisme crânien sévère, retard des acquisitions psychomotrices, malformations congénitales, difficultés scolaires, pathologies associées telles que la surdité, les pathologies auto-immunes, les troubles psychiatriques…), l'histoire de la maladie épileptique (l'âge de début des crises, type de crise, la fréquence et la sémiologie des crises, les essais thérapeutiques, l'évolution cognitive et psychiatrique parallèlement à celle de l'épilepsie), les antécédents familiaux (épilepsie, retard des acquisitions, malformations congénitales, pathologies neurologiques, pathologies auto-immunes) ;

- un examen neurologique général et complet recherchant : un syndrome cérébelleux, un syndrome pyramidal, un déficit moteur focal, les troubles visuels, une atteinte cutanée, les troubles du langage, une surdité… ;
- une imagerie par résonnance magnétique cérébrale (IRM) selon un protocole précis : coupes fines perpendiculaires au grand axe de l'hippocampe, en séquences pondérées T1, T2 et FLAIR (axiale et coronales), ainsi que des coupes axiales en T2 avec recherche d'une lésion épileptogène (par exemple, séquelles vasculaires ou traumatiques, malformation de développement cortical, sclérose hippocampique, cavernome…) ;
- un enregistrement EEG, si besoin, complété d'un enregistrement vidéo-EEG prolongé avec sommeil : identification des éléments paroxystiques intercritiques, parfois des crises électro-cliniques au repos ou lors des manœuvres d'activation ;
- un bilan neuropsychologique : recherche d'une atteinte cognitive spécifique associée à la symptomatologie des crises ;
- un bilan complémentaire peut s'avérer nécessaire : étiologie auto-immune (analyse du LCS : cellules, protéinorachie, recherche de bandes oligoclonales, anticorps antineuronaux et antineuropiles ; bilan sanguin

auto-immun, la tomographie par émission de positons (TEP) ...), étiologie métabolique à adapter selon les cas (glycorachie, lactates et pyruvate dans le LCS, ...), enquête génétique (si des éléments anamnestiques, cliniques et paracliniques orientent vers cette hypothèse étiologique).

1.7. Etiologie des épilepsies

Les causes des épilepsies sont classées dans cinq grandes catégories qui ne sont pas exclusives l'une de l'autre [12] :

- causes génétiques : 40 % des épilepsies, mais seules quelques-unes sont accessibles à un diagnostic génétique précis ; les autres sont rapportées à une origine génétique présumée sur les données électrocliniques, l'histoire familiale et sont dites « génétiques présumées » (anciennement idiopathiques) ;
- causes structurelles (lésionnelles) : peuvent être congénitales (malformations corticales telles que les dysplasies corticales, les polymicrogyries) ou acquises (post-traumatique, tumorale, vasculaire) ;
- causes inflammatoires ou dysimmunes (encéphalites auto-immunes) ;
- causes infectieuses (méningite, encéphalite) ;
- causes métaboliques : peuvent être secondaires à une cause génétique (comme le syndrome de De Vivo) ou acquise.

Certaines étiologies peuvent parfois être classées dans plusieurs catégories. Par exemple, la sclérose tubéreuse de Bourneville, qui est une malformation cérébrale génétiquement déterminée, est classée à la fois dans la catégorie structurelle et dans la catégorie génétique. A de rares exceptions près, il n'y a pas de correspondance stricte entre diagnostic syndromique et étiologique : un même génotype peut correspondre à plusieurs phénotypes différents et l'inverse est vrai

également. Lorsqu'aucune cause n'est suspectée ou identifiée, l'étiologie est dite « inconnue ». La figure 5 synthétise les groupes étiologiques des épilepsies [12].

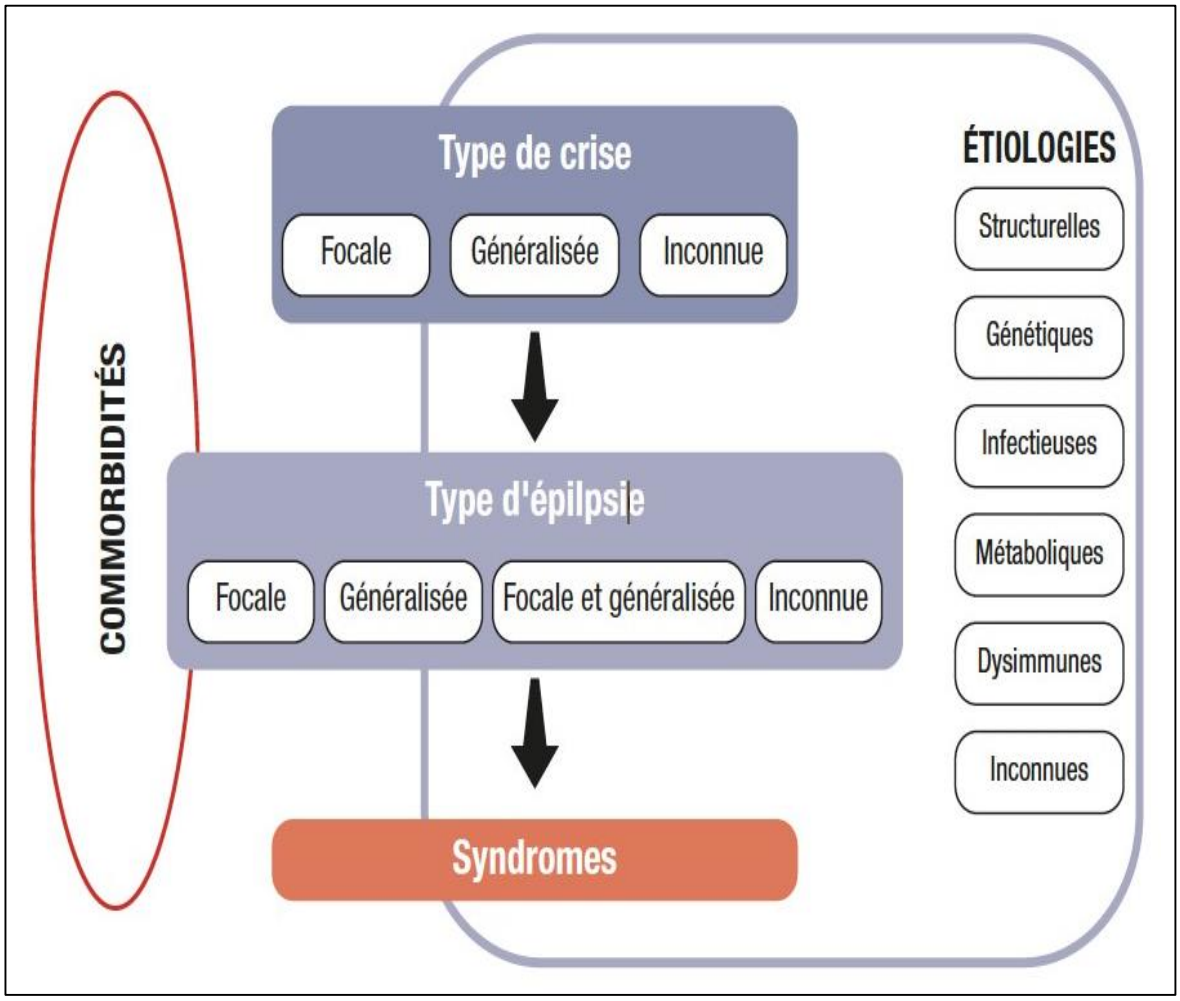


Figure 5: Principales étiologies de l'épilepsie, CEN 2019, Illustration de Carole Fumat.

Notons que les étiologies de l'épilepsie varient d'une personne à une autre essentiellement selon l'âge et la localisation géographique. Chez les personnes âgées, les pathologies vasculaires sont les causes les plus fréquentes [2,23]. Chez les enfants, une étude récente faite en 2021 au Congo retrouvait une prédominance de l'épilepsie idiopathique, soit 67,3% [24]. Dans les pays tropicaux, les maladies infectieuses en particulier parasitaires telles que la

neurocysticercose et le neuropaludisme sont les causes les plus retrouvées [20,25,26].

1.8. Aspect socio-culturel de l'épilepsie : croyances sur l'épilepsie et vécu des épileptiques

De manière générale, l'épilepsie est une maladie effrayante de par ses manifestations, souvent rattachées à une possession diabolique, à l'envoutement ou à la sorcellerie. Ceci explique donc les différents noms qu'on lui donne dans nos dialectes [27,28]. Il s'agit le plus souvent d'une dénomination par métaphore telle que :

- Bénin : adingbé ou ayidjèzon « maladie qui fait tomber » ;
- Mali : kirikirimashien « s'agiter, gigoter » ;
- Bamiléké : nku mbame « maladie qui fait mourir et ressusciter » ;
- Côte d'Ivoire : ngbétié « maladie qui surprend » ou épêlê « maladie qui donne des secousses ;
- Laos : sak pa moo « maladie du cochon fou ».

En 2011, une enquête a été faite dans une communauté du nord Bénin (Tourou) sur l'aspect socio-culturel de l'épilepsie [29] et notait que l'épilepsie était considérée comme due à l'hérédité (98 %), à l'envoûtement (97,9 %) et à la transgression des interdits sociaux (65,9 %). Une proportion de 90,6% pensait qu'elle était contagieuse. Des résultats pareils ont été obtenus plus récemment en 2017 pour une étude similaire réalisée en Centrafrique [30]. Du fait de ces connaissances erronées, les patients épileptiques sont stigmatisés et sont victimes d'un rejet social. Dans une étude faite au Cameroun [5], 68% des sujets interviewés ont affirmé qu'ils ne pouvaient épouser un épileptique. Dans

certaines régions, le malade épileptique devra manger seul dans une vaisselle personnelle. Parfois leur entourage s'abstient de jouer avec eux [31]. Pour d'autres, l'épileptique ne peut être scolarisé. Au Mali, 79% d'une population d'enseignants enquêtée sur l'épilepsie interdisaient systématiquement la pratique du sport à l'enfant épileptique [32]. Cette conception culturelle explique le recours à la médecine traditionnelle dans les pays africains [4, 5, 33, 34]**.**

1.9. Traitement

L'objectif prioritaire de la prise en charge des épilepsies est d'améliorer la qualité de vie des patients et de leurs proches, dans toutes ses dimensions (organiques, psychologiques, cognitives, affectives, sociales, professionnelles) [35]. On distingue les moyens thérapeutiques médicamenteux et les non médicamenteux.

- **Moyens médicamenteux** : les médicaments antiépileptiques (MAEs)

Le traitement médicamenteux vise une absence complète de crises ou tout au moins une réduction du nombre de crises, associée à une bonne tolérance du traitement et une amélioration de la qualité de vie du patient. Il est donc important de :

- prendre les mesures visant à limiter les facteurs qui déclenchent et/ou qui favorisent les crises ;
- bien connaître les formes ne nécessitant pas de traitement médical (notamment l'épilepsie à paroxysmes rolandiques) ;
- expliquer la maladie, le déroulement du traitement, l'évolution et les possibilités ultérieures d'arrêt du traitement après un temps suffisant sans crises d'au moins 2 à 3 ans ;

- choisir le médicament antiépileptique en fonction du type de crise, du syndrome épileptique, et en pratique, bien repérer les crises pouvant être aggravées (absences et myoclonies) ;
- informer des principaux effets secondaires, vérifier l'absence de contre-indication, choisir en fonction du contexte clinique et prévoir un suivi ;
- commencer toujours par une monothérapie et, progressivement, limiter le nombre de prises à 2 (matin et soir) ;
- vérifier l'efficacité et la tolérance au premier mois, troisième mois puis tous les 6 mois [35].

Les MAEs permettent un contrôle de l'épilepsie dans 70% à 80% des cas suivant la molécule [36, 37]. Le choix d'un MAE prend en compte :

- une bonne connaissance de ses indications dans les différents types d'épilepsie ainsi que son efficacité et ses effets indésirables ;
- la fréquence de prise, en particulier l'existence de formes à libération prolongée ;
- la disponibilité du médicament ;
- le coût du traitement ;
- la qualité de vie du patient.

Historiquement, les MAEs sont classés en 3 générations selon leur chronologie d'apparition (Tableau II). Durant la première moitié du XXe siècle, le nombre de médicaments antiépileptiques était essentiellement composé de quatre médicaments (première génération). Entre les années 1950 et 2000, de nouveaux médicaments antiépileptiques ont été découverts, et ont changé totalement l'approche thérapeutique de l'épilepsie en sensibilisant les médecins sur la sémiologie, la classification en syndrome et leur corrélat aux effets antiépileptiques (deuxième génération). La troisième génération a entraîné une

avancée complémentaire, en prenant davantage en considération les modes d'action des différentes molécules et leurs effets secondaires.

Tableau II: Médicaments antiépileptiques selon la chronologie d'apparition

AEs 1e génération (1912-1960)	AEs 2e génération (1990-2000)	AEs 3e génération (2001-2012)
Phénobarbital Phénytoïne Primidone Carbamazépine Ethosuximide Diazépam Acide valproïque	Vigabatrine Gabapentine Felbamate Lamotrigine Clonazépam Tiagabine Topiramate Oxcarbazépine	Zonisamide Stiripentol Lévétiracétam Pregabaline Rufinamide Lacosamide Eslicarbazépine Rétigabine Pérampanel

- **Les moyens thérapeutiques non médicamenteux**
  - **La chirurgie** : indiquée en cas d'épilepsie partielle pharmacorésistante, le plus souvent temporale, unifocale, correspondant à une aire corticale non fonctionnelle (ou dont l'ablation n'aura pas de conséquence fonctionnelle grave) et accessible. Ntsambi EG et Sogoba Y et al. dans leurs différentes revues sur la pratique de la chirurgie en Afrique subsaharienne (ASS) ont noté qu'elle reste limitée car nécessite certaines conditions techniques telles que la disponibilité des moyens

d'exploration dont l'IRM cérébrale, la vidéo EEG et éventuellement le Pet-scan [38, 39].

- **La stimulation chronique du nerf vague** : de mécanisme d'action imparfaitement connu, elle consisterait à poser un stimulateur sous claviculaire, relié au nerf vague, dont la fonction sera d'envoyer des stimulations au cerveau (noyau antérieur du thalamus)**.** Le traitement par stimulation a l'avantage d'être une bonne alternative dans les épilepsies pharmacorésistantes au cas où l'opération chirurgicale n'est pas envisageable.
- **La psychothérapie** : Les conséquences psychosociales de l'épilepsie étant parfois importantes (limitation de l'autonomie, stress, anxiété, dépression, faible estime de soi...), l'accompagnement psychologique est pertinent en plus du traitement médical. Il est aussi nécessaire d'aborder très tôt les questions concernant la vie quotidienne, l'avenir scolaire, l'avenir professionnel, la conduite automobile, la contraception et la grossesse chez l'épileptique dans la société. Il peut également être utile auprès des parents d'enfant épileptique. Des interventions sont parfois nécessaires auprès des enseignants, des employeurs, des autorités de tutelle pour faciliter l'acceptation des patients épileptiques.

2. Cadre et méthodes de l'étude

2.1. Cadre

Notre étude s'est déroulée au Bénin, dans la clinique Universitaire de Neurologie (CUN) du Centre National Hospitalier Universitaire Hubert Koutoukou MAGA (CNHU-HKM) de Cotonou

2.1.1. CNHU-HKM

Fondé en 1962, l'établissement fut d'abord nommé « Hôpital 350 lits » (eu égard à sa capacité d'accueil) avant d'être rebaptisé « Centre National Hospitalier et Universitaire de Cotonou » (CNHU-C) le 10 janvier 1973. L'hôpital a pris son nom actuel à la suite du décès de Hubert Koutoukou Maga, le premier Président du Benin, le Dahomey d'alors. Il s'agit du premier établissement hospitalier du pays qui dispose, en 2018, de 642 lits, d'un service d'accueil des urgences, de deux services de réanimation polyvalentes, de dix services de spécialité chirurgicale, de douze services de médecine et spécialités médicales, d'une pharmacie hospitalière, d'un service social hospitalier et de six services médicotechniques [40].

2.1.2. Service de Neurologie

Dirigé par un professeur titulaire de neurologie à la Faculté des Sciences de la Santé de Cotonou, ce service reçoit et traite les patients souffrant d'affections neurologiques. Il dispose d'une salle de consultation, de salles d'hospitalisation, d'une salle d'explorations fonctionnelles neurologiques, de bureaux, et d'un secrétariat.

2.2. Méthodes

2.2.1. Type et période d'étude

Il s'agissait d'une étude transversale descriptive qui s'est déroulée du 27 Septembre au 29 décembre 2021.

2.2.2. Population d'étude

L'enquête a porté sur les patients épileptiques qui sont suivis dans le service de neurologie du CHNU-HKM de Cotonou.

❖ **Critères d'éligibilité**

➢ **Critères d'inclusion**

Ont été inclus dans l'étude, les patients répondant à tous les critères suivants :

- diagnostic clinique d'épilepsie posé ;
- être suivi dans le service de neurologie du CNHU-HKM ;
- avoir consulté pendant la période de l'enquête ;

➢ **Critères d'exclusion**

Ont été exclus :

- les patients n'ayant pas donné de consentement
- les patients n'ayant aucune informations ou ayant des informations incomplètes sur le parcours thérapeutique.

2.2.3. Echantillonnage

2.2.3.1. Méthode d'échantillonnage

La méthode non probabiliste a été utilisée pour toutes les cibles.

2.2.3.2. Technique d'échantillonnage

Nous avons fait un recrutement exhaustif de tous les patients épileptiques répondant aux critères d'inclusion.

2.2.3.3. Taille de l'échantillon

Il s'agissait d'un sondage non aléatoire. Sur 103 patients épileptiques recensés, 08 enfants étaient accompagnés par des personnes n'ayant pas d'informations concrètes sur leurs parcours thérapeutiques, et 04 sujets étaient non consentants. Au final, 91 patients ont été inclus (figure 6).

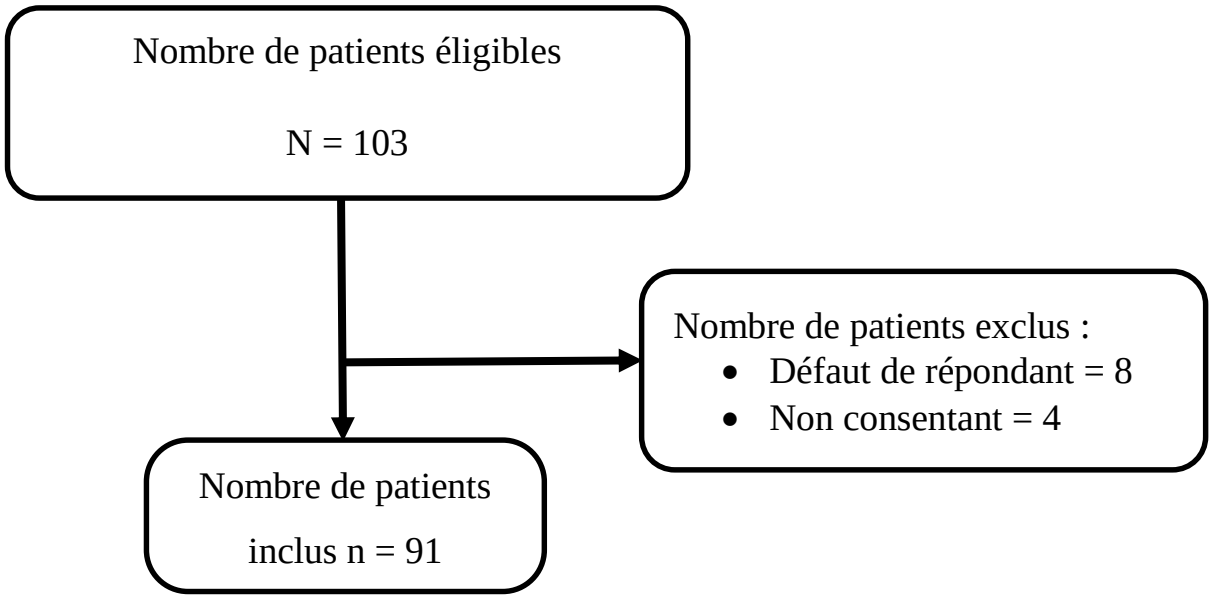


Figure 6: Diagramme de flux, échantillonnage des épileptiques, Cotonou, 2021

2.2.4. Collecte des données

- **Outil de collecte** : il s'agissait d'un questionnaire standardisé (annexe 1), élaboré via le logiciel KoboCollect et adressé soit aux patients eux-mêmes soit à leurs parents (pour les patients qui n'étaient pas en mesure de répondre). Il comportait trois sections :
  - la section QI regroupait des informations sociodémographiques et une question générale sur la perception de l'épilepsie par les patients ;
  - la section QII est composée de questions permettant de décrire l'itinéraire ;
  - la section QIII portait sur les facteurs limitant l'accès aux traitements antiépileptiques.
- **Technique de collecte** : Nous nous étions rendu en consultation de neurologie pour recevoir les patients. Le questionnaire a été auto-administré par certains patients via un lien qui y donne accès. Pour ceux ne pouvant pas utiliser directement l'outil électronique, nous avons, nous-même, posé les questions.

2.2.5. Variables étudiées

Quatre groupes de variables ont été essentiellement étudiés : les caractéristiques sociodémographiques, la perception de l'épilepsie par les patients, les variables liées à l'itinéraire thérapeutique et enfin les facteurs limitants l'accès aux soins antiépileptiques.

- Caractéristiques sociodémographiques

Il s'agissait de : l'âge, le sexe, la provenance, la situation maritale, l'occupation socio-professionnelle et le niveau d'instruction des patients.

❖ Perception de l'épilepsie

Il était question de recueillir l'avis des enquêtés sur le caractère naturel, mystique ou mixte (d'origine naturelle et mystique) de l'épilepsie.

❖ Variables liées à l'itinéraire thérapeutique

Il s'agissait d'un groupe de questions décrivant de façon détaillée la succession des recours thérapeutiques des patients dès le début des crises jusqu'à leur consultation en neurologie.

❖ Facteurs limitant l'accès aux soins

Il s'agissait d'identifier les facteurs qui limitent l'accès aux soins tels que : le coût du traitement, l'indisponibilité des MAEs, l'accessibilité géographique des structures sanitaires ou autre (s).

2.3. Traitement et analyse des données

La saisie des données a été faite directement sur KoboCollect pendant la collecte. L'apurement des données a été fait après extraction de la base de données sur Excel. Les données ont été analysées avec la version 15 de STATA. L'analyse statistique a consisté au calcul de la moyenne et de l'écart-type des variables quantitatives dont la distribution était normale ; et au calcul de la médiane et de l'intervalle interquartile de celles dont la distribution était asymétrique (appréciée au test de Shapiro-Wilk). Les variables qualitatives ont été exprimées en effectif et en pourcentage.

2.4. Considérations éthiques

❖ Dispositions administratives

Notre travail s'est déroulé dans le strict respect des normes déontologiques et règles hiérarchiques. Avant le début du travail, nous avons obtenu du chef de service de neurologie, des professeurs du service de neurologie ainsi que des autorités administratives du CNHU-HKM, une autorisation pour la réalisation de cette étude. Nous avons également demandé l'approbation du Doyen de la Faculté des Sciences de la Santé de Cotonou ainsi que du comité d'éthique.

❖ Consentement pour participer à l'étude

La participation à cette étude a été volontaire. Avant la collecte des données, chaque patient ou tuteur a donné son consentement écrit, libre et éclairé après avoir lu la notice d'information. Le remplissage du questionnaire a été fait dans l'anonymat.

2.5. Difficultés rencontrées

La difficulté majeure rencontrée au cours de l'enquête était liée à l'indisponibilité des patients. La plupart d'entre eux, après une longue file d'attente pour être reçu en consultation, n'est plus disposée à se faire interroger. Nous étions parfois obligée de les recontacter via appel téléphonique ou de nous déplacer vers eux dans leur domicile.

Par ailleurs, notons le refus de participation de certains patients. D'autres, pour collaborer, demandaient ce qu'ils auront en contrepartie ou préféraient poser leurs problèmes de santé que de répondre au questionnaire transformant l'interview en une véritable consultation médicale.

3. Résultats

L'enquête a porté sur 91 patients. Trente patients (30) ont répondu eux-même au questionnaire et pour les 61 restants, ce sont les parents qui ont répondu. Ceci est dû au fait que la grande partie de notre population était des enfants.

3.1. Caractéristiques sociodémographiques des patients épileptiques et perception générale de l'épilepsie

3.1.1. Caractéristiques sociodémographiques

Le tableau III présente la répartition des sujets selon les caractéristiques sociodémographiques. Ainsi parmi les 91 sujets enquêtés :

- 64 patients étaient de sexe masculin et 27 de sexe féminin soit un sex-ratio de 2,4 ;
- l'âge des patients variait entre 0,5 et 74 ans avec une moyenne de 21ans et un écart-type à 18,7. La tranche d'âge des moins de 20 ans était la plus représentée ;
- dans notre population d'étude, 80,2% des patients (73) étaient encore célibataires, 17,6% (16) étaient mariés et 2,2% (2) étaient divorcés (abandonnés par leurs partenaires à cause des crises) ;
- la majeure partie de notre population était constituée d'apprenant (47,2%) ;
- 61,5 % de notre population vivaient en milieu urbain et 38,5% en zone rurale ;
- beaucoup de patients ont atteint le niveau d'étude secondaire (30,8%).

Tableau III : Caractéristiques sociodémographiques des patients épileptiques, Cotonou, 2021

		Effectif (N=91)	Fréquence(%)
Sexe	Femme	27	29,7
	Homme	**64**	**70,3**
Tranches d'âges	**< 20**	**57**	**62,6**
	> 20	34	37,4
Situation maritale	**Célibataire**	**73**	**80,2**
	Marié	16	17,6
	Divorcé	2	2,2
Activité	Artisan/ Profession libérale	6	6,6
	Activité Salariée	14	15,4
	Apprenant	**43**	**47,2**
	Inactif	28	30,8
Provenance	**Urbain**	**56**	**61,5**
	Rural	35	38,5
Niveau d'instruction	Aucun	25	27,5
	primaire	22	24,2
	secondaire	**28**	**30,8**
	supérieur	16	17,5

3.1.2. Perception générale de l'épilepsie

En ce qui concerne la perception de l'épilepsie, les avis étaient partagés à part égale : 31 personnes (34%) pensaient que c'est une maladie purement mystique ; 30 autres (33%) pensaient qu'elle est naturelle comme tout autre maladie et les 30 (33%) restantes pensaient qu'elle peut être aussi bien naturelle que mystique (Figure 7).

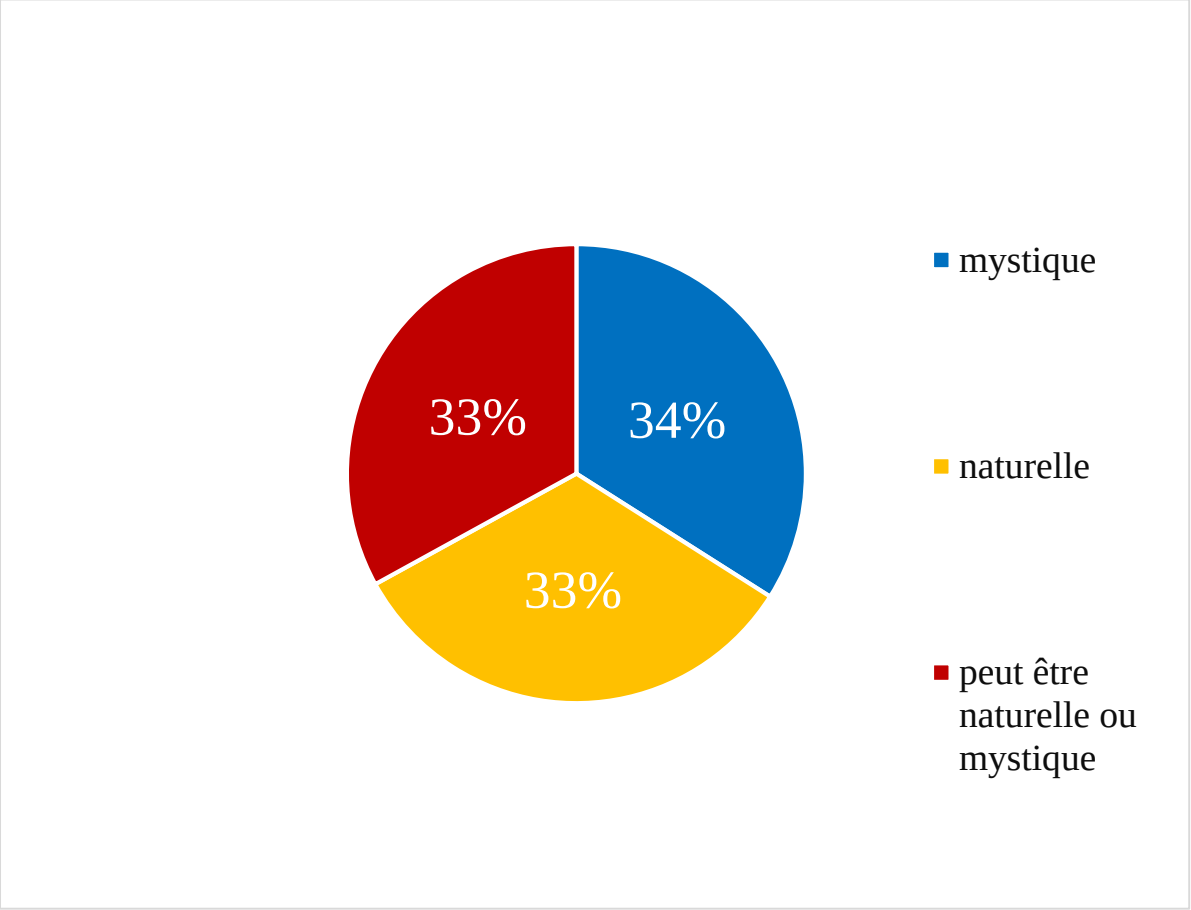


Figure 7 : Perception de l'épilepsie par les enquêtés, Cotonou, 2021

3.2. Itinéraire thérapeutique

3.2.1. La consultation initiale

Sur les 91 patients enquêtés, 79 (86,8%) ont cherché un recours dès la première crise et sont répartis comme suit : 70,3% ont consulté dans un hôpital, 14,3% ont consulté un tradithérapeute et 2.2% une personne ressource. Les 12 patients restants (13,2%), n'ont consulté personne (Tableau IV).

Tableau IV: Attitude des patients lors de la première crise, Cotonou, 2021

	Effectif (N=91)	**Pourcentage %**
Hôpital	**64**	**70,3**
Tradithérapeute	13	14,3
Personne ressource	2	2,2
N'ayant pas consulté	12	13,2

3.2.2. Justification du choix

Les 12 patients n'ayant consulté personne ont avoué avoir fait ce choix par ignorance.

Sur les 13 patients qui ont consulté un tradithérapeute, 10 (77 %) ont fait ce choix parce que la maladie serait due à une attaque spirituelle et les 3 restants (23%) à cause de la réputation du tradithérapeute.

Ceux qui ont consulté une personne ressource, ne savaient à qui d'autre s'adresser.

3.2.3. Lieu de la première consultation

Le lieu de la consultation se trouvait souvent dans leur ville de résidence et quelques fois dans une ville voisine (Tableau V).

Tableau V: Lieu de la consultation initiale, Cotonou, 2021

	Fréquence N= 64	Pourcentage %
Dans ma ville	**53**	**83**
Dans une ville voisine	11	17

3.2.4. Traitement de la première crise

Comme le montre le tableau VI, 61,5% des patients ont fait un traitement purement moderne, 13,2 % ont eu un traitement purement traditionnel et 25,6% ont fait un traitement mixte associant à la fois les médicaments et les moyens traditionnels.

Tableau VI: Traitement de la première crise épileptique, Cotonou, 2021

	Effectif (N= 91)	Pourcentage %
Moderne	**56**	**61,5**
Traditionnel	12	13,2
Mixte	23	25,3

3.2.5. Evolution après premier traitement

Le tableau VII nous décrit l'évolution après le premier traitement en fonction des cas.

Tableau VII: Evolution après le premier traitement, Cotonou, 2021

	Fréquence (N=91)	Pourcentage%
Absence de crise	8	8,8
Diminution des crises	18	19,8
Stationnaire	16	17,6
Reprise des crises	30	33
Aggravation des crises	19	20,9

3.2.6. Autres consultations avant celle en neurologie

Le nombre de consultation avant celle en neurologie variait d'un (01) à six (06), soit trois (03) consultations en moyenne. Pour la deuxième consultation, le recours vers les soins médicaux était encore majoritaire (Tableau VIII), soit au total 51 patients dont 36 en médecine générale et 15 en neurologie. Mais remarquons que la proportion de personnes ayant consulté un tradithérapeute pour la deuxième consultation a augmenté comparativement à la première (Figure 8).

Au total, **près de la moitié (45 patients soit 49,5 %) a consulté au moins un tradithérapeute durant le parcours**. Dans cette population, 53,9% avaient évoqué comme raison, la non-satisfaction par rapport à l'évolution de la maladie et les 46,1% restants ont consulté le tradithérapeute par simple précaution afin d'écarter formellement l'origine mystique.

Enfin, 69,2% des patients ayant consulté en neurologie ont été référés par un personnel de santé. Pour les 30,8% restants, ils ont été orientés par un parent ou une connaissance (Tableau IX).

Tableau VIII: Répartition des patients lors de la deuxième consultation en fonction du lieu de la consultation, Cotonou, 2021

	Effectif (N=91)	Pourcentage%
Hôpital	**51**	**56**
Tradithérapeute	39	42,9
Religieux	1	1,1

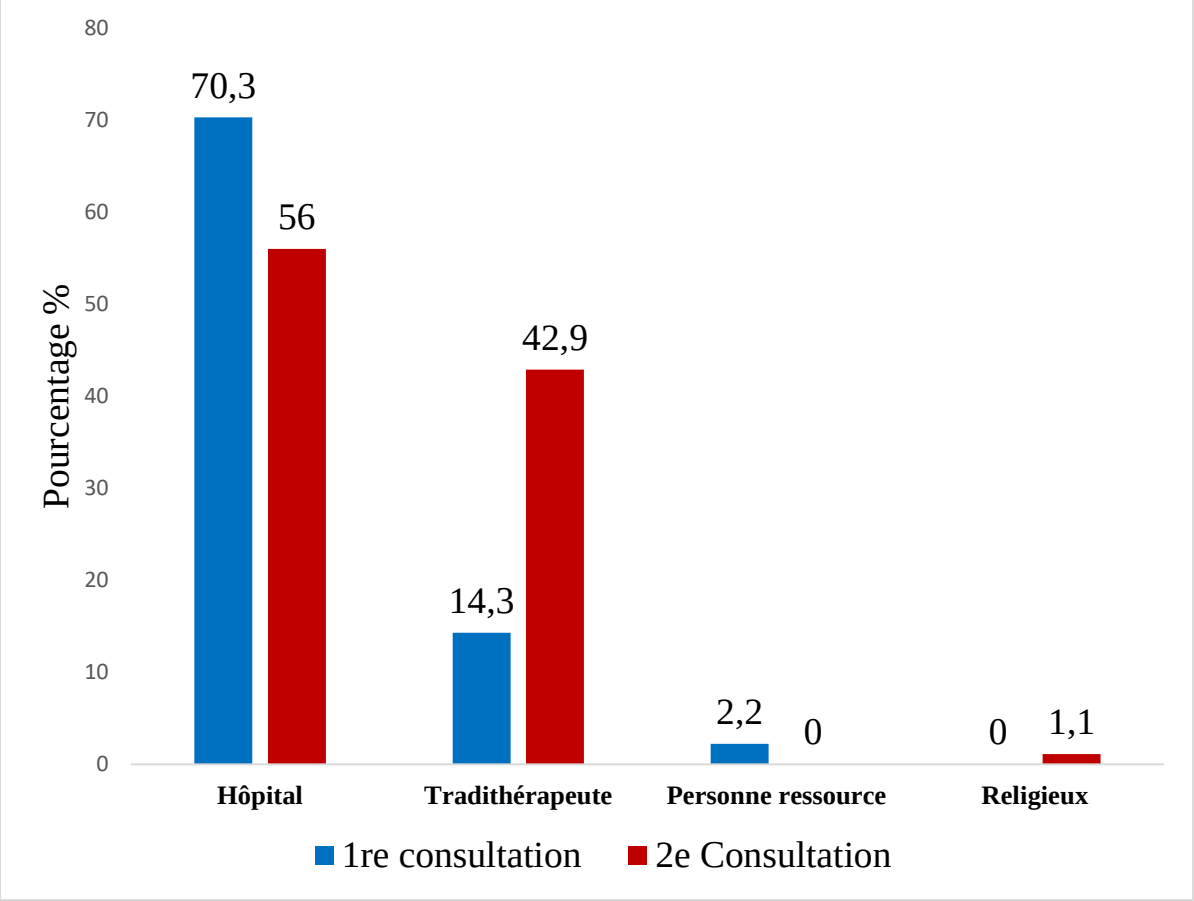


Figure 8: Répartition des épileptiques lors de la première et deuxième consultation en fonction du lieu de consultation, Cotonou, 2021

Tableau IX: Personne ayant orienté les patients vers le service de neurologie, Cotonou, 2021

	Fréquence N=91	Pourcentage %
Personnel de santé	63	69,2
Parent / Connaissance	28	30,8

3.2.7 Temps écoulé avant la consultation médicale

La majorité des patients (69,2%) a consulté immédiatement le jour de la première crise dans un hôpital. Mais certains patients ont attendu 6 à 12 mois avant d'aller à l'hôpital (Tableau X).

Tableau X: Temps écoulé avant la première consultation dans un hôpital, Cotonou, 2021

	Effectif (N=91)	Pourcentage %
Immédiatement	63	69,2
Moins d'une semaine	5	5,5
1 - 4 semaines	8	8,8
1 - 3 mois	5	5.5
4 - 6 mois	6	6,6
6 - 12 mois	4	4,4

3.2.8. Reconnaissance de la maladie

Peu sont les patients qui ont reconnu la maladie dès l'apparition des manifestations. Comme le montre le tableau XI, 82,4% n'ont pris connaissance de la maladie qu'après consultation.

Tableau XI: Reconnaissance de la maladie par les patients et les parents, Cotonou, 2021

	Effectif	Pourcentage %
Après avoir consulté	75	82,4
Je connaissais la maladie	12	13,2
Une connaissance me l'a dit	4	4,4

3.2.9. Traitement en cours pendant l'enquête

Aucun patient n'était sous traitement traditionnel exclusif pendant l'enquête. Le traitement en cours était moderne ou mixte (Tableau XII).

Tableau XII: Traitement en cours pendant l'enquête, Cotonou, 2021

	Effectif (N=91)	Pourcentage%
moderne	61	67
Mixte	30	33

Comme le montre la figure 9, les MAEs les plus utilisés par les épileptiques enquêtés sont : le phénobarbital (50,5%), la carbamazépine (45,5%), et l'acide valproïque (37,4%).

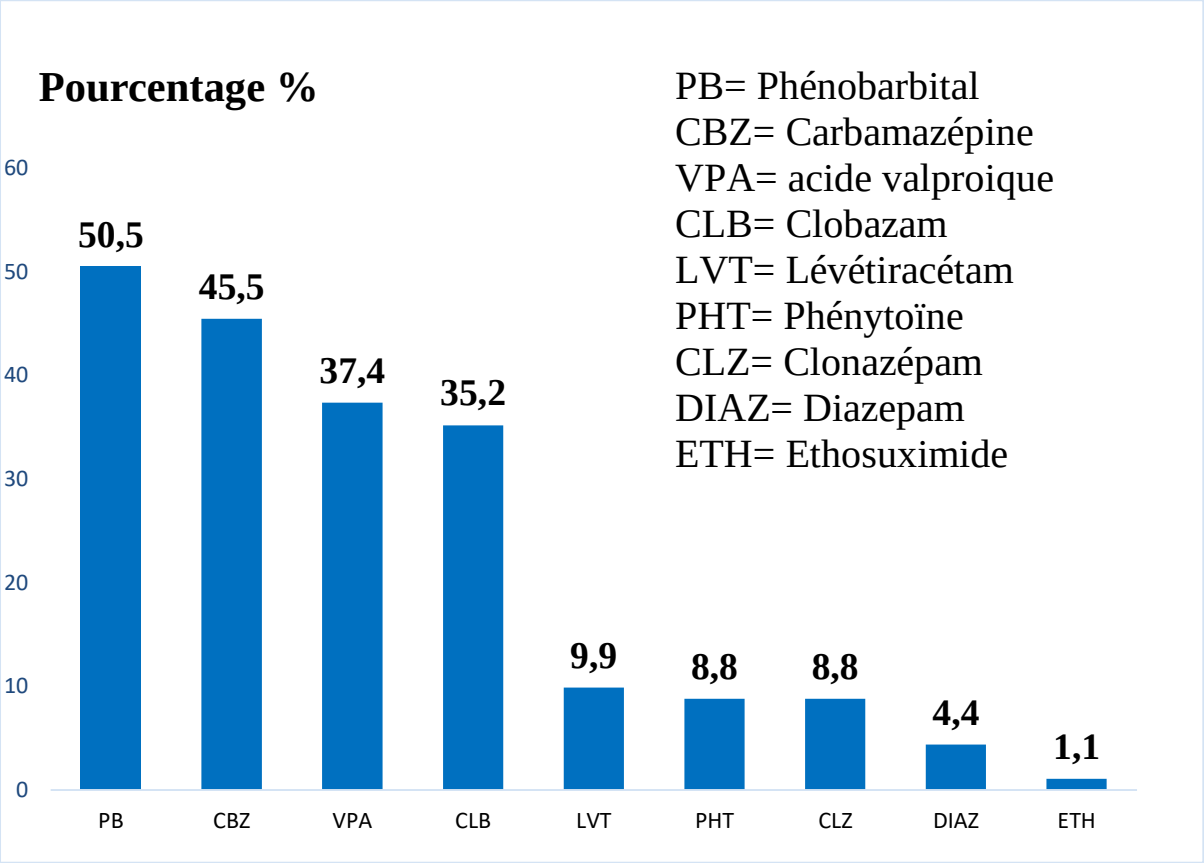


Figure 9: Médicaments antiépileptiques utilisés, Cotonou, 2021

En ce qui concerne les soins traditionnels, les moyens utilisés étaient la phytothérapie, les rituels de désenvoutement et les interdits alimentaires. Tous les patients faisant un traitement mixte étaient sous phytothérapie (100%) ; 42% y ont associé les rituels de désenvoutement et 53% avaient des interdits alimentaires.

3.2.10. Evolution sous traitement en cours pendant l'enquête

L'évolution a été marquée par une disparition des crises chez presque la moitié de la population (48,5%) et une diminution chez 41,6% (voir tableau XIII).

Tableau XIII: Evolution sous traitement en cours pendant l'enquête, Cotonou, 2021

	Effectif (N = 91)	Pourcentage %
Diminution des crises	38	41,6
Disparition des crises	**44**	**48,5**
Stationnaire	9	9,9

3.3. Facteurs limitant l'accès aux traitements antiépileptiques

Plus d'un patient sur deux (56%) ont notifié des difficultés à s'approvisionner en médicaments et à se faire suivre. Il s'agissait de :

- **la cherté du traitement et la limitation des moyens financiers :** seulement 12% des patients ont trouvé leur traitement pas cher. Parmi les 88% restant, 36,5% ont noté que le coût était abordable ; 35,2 % ont trouvé leur traitement cher et 16,4% l'ont trouvé trop cher. Au total, 30% de la population ont de difficultés à payer les médicaments et 23% des patients ont signalé qu'ils manquaient parfois leur rendez-vous parce qu'ils n'ont pas les moyens pour payer la consultation ;
- **l'indisponibilité des médicaments à la pharmacie** : 25,3% ont notifié ce problème. Certains étaient obligés de faire des arrêts thérapeutiques le temps de retrouver le médicament concerné ;
- **la rareté des pharmacies dans les milieux ruraux** : 7,7% des patients vivant en milieu rural ont noté cette difficulté. Ils se plaignaient du fait qu'il faut parcourir chaque fois une longue distance pour venir en ville chercher le médicament car il n'est disponible dans aucune pharmacie de leurs localités.

- **l'inaccessibilité géographique des structures sanitaires de prise en charge :** 29,7% des patients avaient de difficultés à se rendre en consultation car ils habitent loin de Cotonou et devront effectuer tout un voyage chaque fois.

4. Discussion

4.1. Atteinte des Objectifs

Au terme de notre étude, nous avons globalement atteint nos objectifs. D'une manière générale, la majorité (70,3 %) de nos patients s'est dirigée vers une structure sanitaire dès les premières crises même si, 49,5% ont consulté au moins une fois un tradithérapeute durant leurs parcours. Après en moyenne 03 consultations, la plupart a été référé vers le service de neurologie. Le parcours thérapeutique était influencé entre autres par : les croyances culturelles, l'ignorance, l'accessibilité géographique et financière aux soins etc. Nous avons noté dans notre étude que 33% des patients associaient aux MAEs un traitement traditionnel. Cette étude a permis d'identifier bon nombre de facteurs limitant l'accès aux soins antiépileptiques.

4.2. Atouts et limites

4.2.1. Atouts

Nous avons fait une étude transversale à visée descriptive et analytique avec un échantillonnage exhaustif. Cette méthodologie offre plusieurs avantages telles que la rapidité et la facilité de sa mise en œuvre mais également l'absence de biais d'échantillonnage et l'exactitude des données recueillies. L'anonymat du questionnaire a permis de lever le complexe lié au jugement personnel. Cette étude à l'avantage d'être menée pour une première fois en milieu urbain, au CNHU-HKM de Cotonou. Elle a permis d'identifier les insuffisances liées au parcours thérapeutique des patients épileptiques et oriente vers les pistes d'actions à exploiter pour améliorer la prise en charge de l'épilepsie au Bénin.

4.2.2. Limites

Ce travail présente des limites dont nous sommes conscients et qui méritent d'être soulignées.

L'une d'entre elles porte sur le questionnaire qui omet quelques questions pouvant intégrer la section portant sur les connaissances générales sur l'épilepsie à savoir : la contagiosité, l'hérédité, les interdits alimentaires chez les épileptiques, le caractère guérissable ou non de la maladie... Néanmoins, nous avons recueillis l'avis des enquêtés sur le caractère naturel, mystique ou mixte de l'épilepsie car la perception de la maladie est un facteur déterminant dans le choix de l'itinéraire thérapeutique des patients.

Une autre limite était en rapport avec les données cliniques et paracliniques liées à la maladie que nous n'avons pas intégré dans le présent travail.

Enfin notons les biais d'information et de confusion lors de la collecte des données, que nous avons limité au maximum en posant des questions simples et claires. Les enquêtés avaient également la possibilité de poser des questions sur chaque point d'ombre concernant le questionnaire.

4.3. Commentaire et comparaison des résultats

4.3.1. Caractéristiques sociodémographiques des épileptiques

4.3.1.1. Le sexe

Dans notre population d'étude, nous avons retrouvé une prédominance masculine (70,3% avec un sex-ratio de 2,4) comme l'ont montré plusieurs auteurs tels que : **Adjien et *al.*** (51,4% de sexe masculin) au Bénin en 2013 [2] ; **Kouassi E**. (65,43% de sexe masculin) en Côte-d'Ivoire en 2018 [41] ; **Thiam L.** (67,27% de sexe masculin) en 2020 au Sénégal [42] ; etc. **Ngoungou et *al***. [25] ont avancé

l'hypothèse selon laquelle cette prédominance masculine serait due à une non-déclaration de la maladie chez la jeune femme en âge de se marier.

Par contre dans l'étude de **Ndoye et *al***. [43] en 2005 au Sénégal, le sexe féminin prédominait (53,1% avec un sex-ratio de 1,13).

Quant à **Houeto SE.** en 2005 au Bénin [4], il avait trouvé une répartition plus ou moins égale (avec un sex-ratio = 1,01).

De tout ce qui précède, on pourrait déduire que l'épilepsie atteint tout sujet sans distinction de sexe.

4.3.1.2. L'âge

L'âge des patients variait entre 6 mois et 74 ans. Dans notre population d'étude, 62,6% des patients ont moins de 20 ans. Nos résultats vont dans le même sens que ceux de **Ba-Diop et *al*.** qui ont trouvé dans leur revue de littérature sur l'épilepsie en ASS que, plus de 90 % des personnes atteintes d'épilepsie ont moins de 20 ans [36]. **Maiga et *al*.** [44] avaient aussi trouvé des résultats similaires (âge inférieur à 20 ans dans plus de 60% des cas d'épilepsie). L'épilepsie touche donc principalement les enfants pendant la période d'apprentissage avec un grand risque de retentissement sur la scolarité du fait des crises et des préjugés sociaux.

4.3.1.3. Provenance des patients

Dans notre étude, 61,5 % des patients provenaient d'un milieu urbain et 38,5% d'un milieu rural. Dans l'étude de **Sanogo A.** au Centre Hospitalier Universitaire du Point-G de Bamako sur l'épilepsie en 2014, 73,33% des patients vivaient en zone urbaine et 26,67% en zone rurale [45]. Plusieurs facteurs pourraient expliquer nos résultats : l'inaccessibilité financière et géographique

aux soins, la non disponibilité de médecins spécialistes tels que les neurologues dans les zones rurales, etc.

4.3.1.4. Situation maritale

Dans notre population d'étude, nous avons noté plus de célibataires (80,2%) que de mariés (17,6%) et 2,2% de patients divorcés car abandonnés par leurs partenaires. Même si **Sehoue M**. au Bénin en 2004 a trouvé dans sa population d'étude plus de patients mariés que de célibataires (60,7% de mariés) [46], cette tendance reste quand même un constat général dans plusieurs autres études au Bénin et ailleurs. **Houeto SE**. en 2005 au Bénin a trouvé 58,7% d'épileptiques célibataires[4] ; **Fanta et *al*.** ont trouvé 51,2 % de célibataires en Éthiopie et **Sanogo A**. a trouvé 49% de célibataires contre 44,9% de mariés au Mali [45]. Cette situation serait due au rejet dont les épileptiques sont victimes. Dans toutes les études faites en population générale sur l'épilepsie, beaucoup sont les sujets qui affirment ne pas pouvoir se marier à un épileptique [5, 28-30, 47]. Selon **Rafael et *al*.** ce sont parfois les patients eux-mêmes qui préfèrent s'abstenir à cause de la stigmatisation dont ils sont victimes [48]. **Kuate et *al*.** ont montré que certains parents préfèrent cacher eux-mêmes la PSE afin d'éviter une stigmatisation de toute la famille [49].

4.3.1.5. Niveau d'instruction

Dans notre population, nous avons eu 27,5% d'épileptiques non scolarisés. **Diop T.** dans son étude à Dakar en 2002 [50] en a trouvé 35,4%. L'une des raisons de la non scolarisation des épileptiques peut être la stigmatisation dont ils sont victimes à cause des croyances erronées sur la maladie. Dans une étude faite par **Diarra M**. au Mali chez les enseignants, 59% d'entre eux ont affirmé que l'enfant épileptique était victime de stigmatisation à l'école [51].

Nous avons noté que 24,2% étaient ou se sont arrêtés au niveau primaire ; 30,8% ont atteint le niveau secondaire et seulement 17,5% le niveau supérieur. Dans d'autres études, moins de personnes ont pu atteindre le niveau supérieur : 2,8% dans l'étude de **Diop T**. à Dakar en 2002 [50], 8% dans l'étude de **Badji A**. à Dakar en 2019 [52] et 9,4% dans l'étude de **Nguedjo M**. à Yaoundé en 2007 [53]. Ceci nous fait penser que le vécu chronique de cette maladie pourrait amener les patients à écourter leur cursus scolaire. **Affognon C**. a trouvé dans son étude sur le parcours scolaire des enfants épileptiques que 82,6% présentaient des troubles d'apprentissage qui impactent négativement leur cursus scolaire [54].

4.3.1.6. Occupation socio-professionnelle

Nos patients étaient majoritairement des apprenants (47,2%). Ceci peut s'expliquer par la jeunesse de notre population d'étude.

Nous avons noté une proportion élevée de patients inactifs (30,8%) comme l'a aussi trouvé **Diop T.** au Sénégal (72,6%) [50]. Le caractère invalidant de l'épilepsie ainsi que les préjugés sociaux sont des facteurs pouvant entrainer l'exclusion des épileptiques du milieu professionnel.

4.3.2. Itinéraire thérapeutique

4.3.2.1. Attitude des parents et patients dès le début de la maladie

La grande partie de notre population d'étude (86,8%) a cherché un recours dès les premiers épisodes de crise. Cette attitude témoigne de l'importance qu'attache la famille à la guérison du malade. Les 13,2% restants étaient ignorants et avaient pensé qu'il s'agissait d'une crise banale (fatigue, simulation chez les enfants et adolescents, malaise passager etc.). Notons que le type de crise et l'horaire d'apparition sont des facteurs pouvant influencer l'attitude des patients ou de leurs parents. En effet, les épilepsies à manifestation bruyante ou

spectaculaire retiennent vite l'attention de l'entourage ; par contre, certaines crises d'épilepsie peuvent paraître anodines (les absences par exemple) et les crises nocturnes peuvent passer inaperçues. Plusieurs mères ont remarqué des signes très frustres chez leurs enfants sans que cela ne se rapporte à des crises. D'autres mères n'ont jamais su remarquer l'anomalie jusqu'à ce qu'une connaissance ou un personnel de santé la remarque. **Doumbia-Ouattara et *al.*** dans leur travaux ont pu établir une relation entre le moment de la survenue de la crise et le délai de consultation : ce délai est plus court en cas de crise diurne [33].

4.3.2.2. La consultation initiale

- **Lieu de la consultation**

La majorité (70,3%) de ceux qui ont cherché recours dès le premier épisode est allée dans un hôpital. Seulement 14,3% ont consulté un tradithérapeute. Nos résultats sont superposables à ceux de **Mbonda et *al.*** [55] à Yaoundé en 2007 (72,5% de consultation à l'hôpital et 25,5% chez le tradithérapeute) et de **Badji A.** [52] au Sénégal en 2019 (67,8% de consultation à l'hôpital et 23,8% chez le tradithérapeute).

Cependant, en 2005 au Bénin, **Houeto SE**. avait plutôt observé le contraire : 55,3% des patients ont consulté un tradithérapeute en premier recours et 41,8%, la médecine moderne [4]. **Millogo A**. au Burkina-Faso en 2013, avait également remarqué le recours majoritaire aux tradithérapeutes en première intention (62,5%) et 13,3 % de sa population avaient vu plus de 10 guérisseurs avant la première consultation à l'hôpital [56].

Au vu de cela, on pourrait penser que le recours majoritaire aux soins modernes observé dans notre étude est dû à une adhésion de plus en plus élevée à la prise en charge médicale de l'épilepsie grâce aux diverses actions déjà

menées pour mieux faire connaitre la maladie. Ceci pourrait aussi être dû au fait que notre étude s'est déroulée en milieu urbain.

❖ **Raisons de la consultation chez le tradithérapeute**.

Dans notre étude, le recours à la médecine traditionnelle était justifié par deux arguments : la majorité (77%) a évoqué l'origine mystique de la maladie comme l'avait aussi noté **Diop T**. [50] à Dakar en 2002 (61,8%). Les 23% restants ont évoqué la réputation du tradithérapeute.

Millogo et *al*. dans leur étude [56] ont plutôt trouvé que la raison principale amenant les patients à consulter un tradithérapeute était l'ignorance de l'existence d'autres modalités thérapeutiques (46,6 %).

Autres raisons citées dans les études sont [50, 55, 56] : la confiance aux marabouts, un traitement médical décevant, la pression de la famille, le manque de moyens financiers, l'inaccessibilité géographique et / ou financière.

4.3.2.3 Distance entre le lieu de la consultation et le domicile des patients

Dans notre étude, 83% des patients ont consulté dans un centre de santé situé dans leur ville et 17% dans une ville voisine. Ce même constat était fait par **Nguedjo M**. dans son étude à Yaoundé en 2007 [53] : 69% des patients habitaient à proximité du lieu de la première consultation. La proximité du lieu de consultation serait donc un facteur favorisant la forte fréquentation des hôpitaux.

4.3.2.4 La deuxième consultation

Pour la deuxième consultation, même si le nombre de recours chez un personnel de santé était encore majoritaire, il a quand même significativement baissé (56% versus 70,3% pour la première crise) à la faveur d'une fréquentation plus élevée des tradithérapeutes (42,9% versus 14,3% pour la première crise).

Badji A. au Sénégal en 2019 [52] avait aussi constaté qu'à la deuxième crise, le nombre de recours à un personnel de santé uniquement a baissé (60,9% contre 67,8% pour la première crise) en faveur d'une conciliation avec le traitement traditionnel. Parmi nos patients qui se sont retournés vers la tradithérapie, 53,9% avaient évoqué comme raison leur non-satisfaction. En effet, après le premier traitement, la persistance des crises ou leur reprise à l'arrêt du traitement faisait penser à certains patients que le traitement moderne n'était pas efficace. D'où le recours à la tradithérapie car ils s'attendaient à une guérison rapide ; alors que le traitement de l'épilepsie se fait sur une longue période. Les 46,1% restants disaient l'avoir fait par simple précaution afin d'écarter formellement une origine mystique. Nous déduisons de ces résultats que le retour vers la tradithérapie serait dû à priori à un défaut d'information des patients sur le déroulement global de la prise en charge de leur pathologie puis au poids des croyances liées à la pathologie.

Otoom et *al*. [57] ainsi que d'autre auteurs [58, 59] ont noté dans leurs études que même si l'efficacité du traitement traditionnel n'était pas prouvée, elle fournissait un meilleur confort psychologique aux patients.

4.3.2.4 Délai avant consultation médicale

Le délai avant la consultation médicale variait de 0 à 1an ; 4,4% des patients ont attendu 06 à 12 mois avant d'aller vers un personnel de santé. **Doumbia-Ouattara et *al***. ont trouvé un délai beaucoup plus long allant de 0 à 3 ans [33]. Selon les travaux de **Sene-Diouf et *al***. [60] l'ignorance et le recours à la médecine traditionnelle sont les facteurs expliquant le retard de la prise en charge médicale. En plus de ces facteurs, **Kaboré et *al***. [61] dans leur revue ont cité plusieurs autres dont le faible niveau socio-économique des patients et de leurs parents, le coût élevé des examens paracliniques, les difficultés d'accès aux

structures sanitaires, un manque de personnel médical qualifié et compétent, le manque de matériel adéquat et l'absence des systèmes d'assurance de santé.

4.3.2.5 Le recours au spécialiste

Le nombre de consultation qu'ont eu les patients avant celle en neurologie variait entre un (01) et six (06) avec une moyenne de trois (03) consultations. Une proportion de 69,2% des patients a été référée par un personnel de santé vers le neurologue tandis que 30,8% des patients ont été orientés par la famille ou une connaissance. Dans l'étude de **Nguedjo M.** au Cameroun, à part ceux qui ont été référés par le personnel de santé (57%), et ceux orientés par un proche ou un religieux (41%), 0,7% ont entendu parler du service de neurologie via les médias et 1.3% des patients s'y sont rendus d'eux-mêmes [53]. Dans notre étude, nous n'avons eu aucun patient qui soit parti de lui-même ou qui ait appris l'information par les médias. **Diop T.** a trouvé que 83% étaient référés par un personnel de santé, 15,5% par la famille et les connaissances et 1,4% par les tradithérapeutes [50]. Dans notre étude, aucun patient n'a été orienté par le tradithérapeute. Il serait souhaitable qu'une sensibilisation soit faite à l'endroit des tradithérapeutes dans ce sens.

Plusieurs patients (82,4%) n'ont eu connaissance de leur maladie qu'après consultation. Seulement 13,2% ont pu reconnaitre la maladie dès le début et pour les 4,4% restants, c'était une connaissance ou un proche qui a reconnu la maladie. Nous avons identifié 16 patients (17,6%) qui, malgré qu'ils soient suivis et mis sous traitement, déniaient encore la maladie car pour eux, tant que le patient ne tombe et ne bave, il ne peut s'agir d'épilepsie.

Au regard de tout cela, nous déduisons qu'il persiste un défaut de connaissance de la maladie. Il est primordial de renforcer les campagnes de masse en population générale pour sensibiliser la population et inciter les

tradithérapeutes à vite orienter les patients. Etant à l'ère du numérique, associer les médias et les réseaux sociaux serait un atout.

4.3.2.6 Traitement de l'épilepsie

4.3.2.6.1 Modalité de traitement

Pour la première crise, sur les 70,3% qui se sont rendus à l'hôpital, 61,5% ont fait traitement moderne pur et 8,8% y ont associé parallèlement les moyens traditionnels (traitement mixte).

Concernant le traitement en cours pendant l'enquête, nous avons constaté que le tiers de la population était sous traitement mixte utilisant donc à la fois les médicaments et les moyens traditionnels. Au Burkina-Faso, **Millogo et *al*.** ont fait le même constat : 36% de leur population étaient sous traitement mixte [61]. De ce fait, même si nous accordons que les patients sont moins ignorants et comprennent mieux la prise en charge moderne, on remarque qu'il n'en demeure pas moins qu'ils restent encore attachés à leurs traditions. Comprenons donc que l'utilisation des moyens traditionnels dans le traitement de l'épilepsie dans notre société est un fait beaucoup plus relatif à la représentation socio-culturelle de la maladie qu'à l'ignorance. **Millogo et *al***. notaient que l'acceptation de la prise concomitante de médications modernes et traditionnelles par les patients semble être un gage de la meilleure observance du traitement moderne [61]. **Auditeau E.** au Laos et au Pérou, a eu un pourcentage global de recours à la médecine traditionnelle très signifiant, respectivement de 71,1% et de 66,7% [34]. **L'OMS** rapportait une utilisation de la médecine traditionnelle variant de 40% à 70% en population générale [62].

4.3.2.6.2 Moyens utilisés

- **Médicaments antiépileptiques**

Tous les patients étaient sous MAE. Une grande partie de notre population d'étude (90%) a eu satisfaction sous ce traitement et 48,5% ont noté une disparition complète des crises. Le phénobarbital est le médicament le plus utilisé dans notre population (50,5%) suivi de la carbamazépine (45%) et de l'acide valproïque (37,4%). **Adjien et *al.*** ont trouvé dans leur étude sur le suivi thérapeutique des personnes souffrant d'épilepsie par le dosage plasmatique des MAEs au CNHU en 2013 que le phénobarbital était le MAE le plus employé en monothérapie dans une proportion de 55,7% [63]. Ceci peut être justifié par le fait que, les MAEs les plus utilisés dans les PED et en particulier en Afrique sont ceux de première génération. **Kwan et *al.*** ont trouvé dans leur revue que le phénobarbital est l'antiépileptique le plus prescrit dans les PED en raison de son coût plus abordable et de sa disponibilité [64]. Mais cette place prépondérante est discutée car de l'avis de plusieurs commissions de la LICE, son utilisation semble conditionnée par des facteurs économiques plutôt que par son efficacité et sa pertinence [65]. **Chakir A.** [66] avait trouvé une prédominance de la carbamazépine (42%) ainsi que **Sanogo A.** (41,7%), dans son travail sur l'aspect pharmaco-cliniques de l'usage des médicaments antiépileptiques [45]. Ce dernier expliquait cela par le fait que la carbamazépine est active sur toutes les formes d'épilepsie, est accessible et a moins d'effets secondaires.

- **Moyens traditionnels**

La phytothérapie est le moyen traditionnel le plus associé au traitement moderne dans notre population. Dans une enquête faite sur les tradithérapeutes en Côte-d'Ivoire, les auteurs ont trouvé que 97% des produits utilisés dans le traitement était d'origine végétale [67]. De nos jours, des études se font de plus

en plus sur l'utilisation des plantes dans le traitement de l'épilepsie. Il s'avère qu'il existe de nombreuses plantes à propriété anticonvulsivant pouvant être utilisées dans la prise en charge de l'épilepsie [68]. **Auditeau E.** dans son travail a fait cas de plusieurs d'entre elles [34] dont : *Acorus calamus* [69, 70] ; *Bacopa monnieri* [71, 72] ; *Leonotis leonurus* [73, 74]. **Diaby A**. a étudié au Mali la chimie de *daniellia oliver*i (rolfe, hutch et dalz), une plante dont on peut utiliser les feuilles, les écorces de tronc et de racine en décoction dans le traitement de l'épilepsie [75]. Les autres moyens traditionnels retrouvés dans notre population d'étude étaient les rituels de désenvoutement et les interdits alimentaires. **Arib S.** [76] avait trouvé dans son étude qu'à Marrakech, on sacrifiait un bouc noir dont on faisait manger le foie au malade ou on lui faisait tournoyer la tête d'un coq noir jusqu'à ce que mort s'ensuive afin de chasser l'esprit maléfique responsable de la maladie. Nous en déduisons que les pratiques traditionnelles varient d'une société à une autre en fonction des croyances culturelles.

4.3.3 Facteurs limitant l'accès aux soins antiépileptiques.

Plusieurs facteurs limitant l'accès aux soins antiépileptiques ont été identifiés. Il s'agit de : la cherté du traitement et la limitation des moyens financiers (30%), l'indisponibilité des médicaments dans les pharmacies (25,3%), la rareté des pharmacies dans les milieux ruraux (7,7%), et l'inaccessibilité géographique des structures sanitaires (29,7%). Ces facteurs sont aussi retrouvés dans d'autres études dont celle de **Sengxeu N.** [77] en 2020 sur les déterminants de l'accès aux MAEs essentiels, qui a notifié un faible taux de disponibilité des MAEs dans les PED et plus particulièrement au Laos (< 15%) et au Cambodge (< 36%). **Doumbé et *al.*** [78] dans leur revue sur la non adhérence aux médicaments antiépileptiques au Cameroun en 2020, ont également trouvé comme facteurs de non adhérence un manque de moyens

financiers chez 45,5% de la population et l'absence de stock des médicaments dans les pharmacies chez 11,36%.

Conclusion et suggestions

Conclusion

L'épilepsie est une affection chronique dont la prise en charge précoce permet d'offrir au patient une bonne qualité de vie. L'itinéraire thérapeutique du patient est un facteur déterminant de l'efficacité de sa prise en charge et elle peut être influencée par divers facteurs. Au terme de notre étude réalisée sur 91 épileptiques suivis au CNHU sur leurs parcours thérapeutiques, nous aboutissons aux conclusions suivantes :

- la prise en charge de la maladie était précoce dès la première crise (dans 86,8% des cas), majoritairement par un personnel de santé (70,3%). Mais le délai de la première consultation médicale allait jusqu'à un an chez certains patients (4,4%). Parmi nos patients, 14,3% avaient eu en premier recours un tradithérapeute et 13,2% n'ont consulté personne par ignorance. La moitié de la population avait consulté au moins une fois le tradithérapeute durant le parcours.
- les patients ont eu une à six consultations, traditionnelle et médecine générale y compris, avant de recourir au service de neurologie. L'orientation vers le neurologue est généralement assurée par le personnel médical et parfois par la famille, les connaissances ou les religieux. Aucun tradithérapeute n'a référé un patient.
- le 1/3 des patients était sous traitement mixte associant les MAEs et les moyens traditionnels (le plus souvent la phytothérapie). Sous MAE, 90% ont signalé une amélioration avec disparition complète des crises chez presque la moitié de la population.
- les facteurs limitant l'accès aux traitements antiépileptiques identifiés sont : la cherté du traitement et la limitation des moyens financiers (30%) ; l'indisponibilité des médicaments à la pharmacie (52,3%) ; la rareté des

pharmacies dans les milieux ruraux (7,7%) ; l'inaccessibilité géographique du lieu de la consultation (29,7%).

Suggestions

Plusieurs solutions seraient envisageables afin d'améliorer le parcours thérapeutique de ces patients souffrant d'épilepsie. Nous suggérons ce qui suit :

- à l'endroit des acteurs du système sanitaire :
  - assurer une bonne formation et le recyclage du personnel soignant dans le domaine de l'épilepsie ;
  - expliquer aux malades et aux parents dès le premier contact, la maladie, ses expressions cliniques, les particularités chez le patient, ses causes ainsi que le déroulement de la prise en charge (prise quotidienne ou pluriquotidienne des MAEs, les effets secondaires possibles, arrêt progressif dès que le médecin aura décidé) ;
  - démystifier la maladie dans la population générale, à travers des campagnes de sensibilisation de masse, des campagnes médiatisées et via internet sur l'organicité de la maladie et sa non contagiosité, la reconnaissance de ses manifestations, ses causes, l'urgence de la prise en charge médicale etc. ;
  - impliquer les tradithérapeutes en les mobilisant à vite orienter les patients s'adressant à eux vers un hôpital.
- à l'endroit des autorités administratives et politiques :
  - faciliter l'accessibilité des sites de traitement. Il s'agira de multiplier les structures sanitaires surtout dans les zones rurales et mettre à disposition les ressources humaines, techniques et matérielles dans les hôpitaux ;
  - mettre à disposition de toutes les structures de soins des MAEs génériques de bonne qualité ;

- subventionner la prise en charge de l'épilepsie surtout pour les démunis ;
- assurer la fourniture gratuite des médicaments antiépileptiques aux malades.

❖ à l'endroit de la population générale :

- Conduire systématiquement toute personne malade à l'hôpital ;
- Bien observer les prescriptions médicales.

Références

1. **Ngugi AK, Bottomley C, Kleinschmidt I, Sander JW, Newton CR**. Estimation of the burden of active and life-time epilepsy: a meta-analytic approach. Epilepsia. 2010;51(5):883-90. DOI: 10.1111/j.1528-1167.2009.02481.x

2. **Adjien KC, Gnonlonfoun D, Ekanmian B, Houinato D**. Prévalence et profil clinique de l'épilepsie de novo chez l'adulte au Bénin. Journal de la Société de Biologie Clinique du Bénin. 2018;28:30-3.

3. **Preux P-M, Dumas M**. Déclaration africaine contre l'épilepsie. Epilepsies. 2001;13(1):46-7.

4. **Houeto SE**. Itinéraire thérapeutique des épileptiques dans l'arrondissement de Djidja au Bénin [phdthesis en ligne]. Université de Abomey-Calavi; 2005 [cité le 13 décembre 2021]. Disponible: https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00381562

5. **Njamnshi AK, Tabah EN, Yepnjio FN, Angwafor SA, Dema F, Fonsah JY, et al.** General public awareness, perceptions, and attitudes with respect to epilepsy in the Akwaya Health District, South-West Region, Cameroon. Epilepsy Behav. 2009;15(2):179-85. DOI: 10.1016/j.yebeh.2009.03.013

6. **Meinardi H, Scott RA, Reis R, Sander JW, LICE Commission on the Developing World**. The treatment gap in epilepsy: the current situation and ways forward. Epilepsia. 2001;42(1):136-49. DOI: 10.1046/j.1528-1157.2001.32800.x

7. **Mbuba CK, Ngugi AK, Newton CR, Carter JA**. The epilepsy treatment gap in developing countries: a systematic review of the magnitude, causes, and intervention strategies. Epilepsia. 2008;49(9):1491-503. DOI: 10.1111/j.1528-1167.2008.01693.x

8. **Chin JH**. Epilepsy treatment in sub-Saharan Africa: closing the gap. Afr Health Sci. 2012;12(2):186-92. DOI: 10.4314/ahs.v12i2.17

9. **Kale R.** Global Campaign Against Epilepsy:the treatment gap. Epilepsia. 2002;43 Suppl 6:31-3. DOI: 10.1046/j.1528-1157.43.s.6.13.x

10. **Meyer A-C, Dua T, Ma J, Saxena S, Birbeck G**. Global disparities in the epilepsy treatment gap: a systematic review. Bull World Health Organ. 2010;88(4):260-6. DOI: 10.2471/BLT.09.064147

11. **Yemadje L-P, Houinato D, Boumédiène F, Ngoungou EB, Preux P-M, Druet-Cabanac M**. Prevalence of epilepsy in the 15 years and older in

Benin: A door-to-door nationwide survey. Epilepsy Research. 2012;99(3):318-26. DOI: 10.1016/j.eplepsyres.2011.12.012

12. **Collège des Enseignants de Neurologie**. Épilepsies de l'enfant et de l'adulte [En ligne]. 16 septembre 2016 [cité le 1 décembre 2021]. Disponible: https://www.cen-neurologie.fr/fr/deuxieme-cycle/epilepsies-lenfant-ladulte

13. **Scheffer IE, Berkovic S, Capovilla G, Connolly MB, French J, Guilhoto L, et al**. ILAE, classification of the epilepsies: Position paper of the ILAE Commission for Classification and Terminology. Epilepsia. 2017;58(4):512-21. DOI: 10.1111/epi.13709

14. **Houinato M**. Connaissances, attidutes et pratiques des étudiants sur l'épilepsie à la sortie des études en santé au Bénin. [Mémoire de diplôme d'étude spécialisé de neurologie] Cotonou: Université de Abomey-Calavi; 2021.

15. **Gastaut H**. Clinical and electroencephalographical classification of epileptic seizures. Epilepsia. 1970;11(1):102-13. DOI: 10.1111/j.1528-1157.1970.tb03871.x

16. **Commission on Classification and Terminology of the International League Against Epilepsy**. Proposal for revised clinical and electroencephalographic classification of epileptic seizures [En ligne]. [cité le 21 février 2022]. Disponible: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6790275/

17. **Commission on Classification and Terminology of the International League Against Epilepsy**. Proposal for revised classification of epilepsies and epileptic syndromes. Epilepsia. 1989;30(4):389-99. DOI: 10.1111/j.1528-1157.1989.tb05316.x

18. **Fisher RS.** Instruction manual for the ILAE 2017 operational classification of seizure types. Epilepsia 2017;58(4):531-542. DOI: 10.111/epi.13671

19. **World health organisation**. Principaux repères sur l'épilepsie [En ligne]. [cité le 1 décembre 2021]. Disponible: https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/epilepsy

20. **Luna J**. Fréquence de l'épilepsie en zone tropicale. Revue Neurologique. 2019;175:S158. DOI: 10.1016/j.neurol.2019.01.015

21. **Gnonlonfoun D, Vodoungnon C.** L'épilepsie au Bénin : acquis des connaissances suffisant pour initier un programme interventionnel ? [En ligne]. 2020 [cité le 1 décembre 2021]. Disponible: http://www.unilim.fr/ient

22. **Preux P-M, Druet-Cabanac M**. Epidemiology and aetiology of epilepsy in sub-Saharan Africa. The Lancet Neurology. Elsevier; 2005;4(1):21-31.

23. **Benabadji S, Khelladi DB**. Prévalence de l'épilepsie du sujet âgé: expérience du CHU Tlemcen (Ouest Algérien). Revue Neurologique. Elsevier; 2021;177:S17-8.

24. **Bandzouzi PEGS, Mpandzou GA, Diatewa JE, Motoula-Latou DH, Ngassaki S, Mialoudama C, et al**. Aspects Cliniques, Étiologiques et Thérapeutiques de l'Épilepsie du Nourrisson et de l'Enfant à Pointe-Noire. Health sciences and disease. 2021;22(10).

25. **Ngoungou EB, Quet F, Dubreuil CM, Marin B, Houinato D, Nubukpo P, et al.** Épidémiologie de l'épilepsie en Afrique subsaharienne : une revue de la littérature. Epilepsies. 2006;18(1):25-40.

26. **Kaputu-Kalala-Malu C**. Epilepsies et crises épileptiques aiguës chez l'enfant en Afrique subsaharienne: défis et espoirs. Pan Afr Med J. 2016;23:58. DOI: 10.11604/pamj.2016.23.58.3273

27. **Arborio S, Dozon J-P**. La dimension socioculturelle de l'épilepsie (kirikirimasien) en milieu rural Bambara (Mali). Bull soc Path exot. 2000;93:241-6.

28. **Tran D-S, Odermatt P, Singphuoangphet S, Druet-Cabanac M, Preux P-M, Strobel M, et al**. Epilepsy in Laos: knowledge, attitudes, and practices in the community. Epilepsy Behav. 2007;10(4):565-70. DOI: 10.1016/j.yebeh.2007.02.018

29. **Adoukonou T, Tognon-Tchegnonsi F, Gnonlonfoun D, Djidonou A, Sego-Sounon D, Gandaho P, et al.** Aspects socioculturels de l'épilepsie dans une communauté rurale au nord Bénin en 2011. Bulletin de la Société de pathologie exotique. Springer. 2015;108(2):133-8.

30. **Emmanuel Y, Mbelesso P**. Aspects socioculturels de l'épilepsie en milieu rural centrafricain: données d'une enquête CAP en population générale. Revue Neurologique. Elsevier; 2019;175:S13.

31. **Njamnshi A, Tabah E, Bissek A-C, Yepnjio F, Kuate C, Angwafor S, et al**. Knowledge, attitudes and practice with respect to epilepsy among secondary school students in the Kumbo West Health District - North West Region-Cameroon. Epilepsy & behavior : E&B. 2010;18(3):247-53. DOI: 10.1016/j.yebeh.2010.03.013

32. **Maiga Y, Diarra M, Kuate CT, Kayentao K, Dicko F, Sogoba Y, et al.** L'epilepsie en milieu scolaire : enquete chez les enseignants de la ville de Kati au Mali et revue de la litterature. African Journal of Neurological Sciences. 2015;34(1):10-7. DOI: 10.4314/ajns.v34i1

33. **Doumbia-Ouattara M, Kouame-Assouan AE, Kouassi L, Diakite I, Boa YF, Sonan-Douayoua T**. Itineraire thérapeutique des patients épileptiques ayant consulté dans le service d'épileptologie à Abidjan. Rev Int Sc Méd. 2013;15(2):69-73.

34. **Auditeau E**. Bases rationnelles de l'utilisation des plantes dans l'épilepsie : vers une amélioration de l'accessibilité au traitement dans les pays en développement. [Thèse]. Limoges: Université de Limoges ; 2018.

35. **Francine D.** Épilepsies : Prise en charge des enfants et des adultes. Haute autorité de santé ; 2020.

36. **Ba-Diop A, Marin B, Druet-Cabanac M, Ngoungou EB, Newton CR, Preux P-M.** Epidemiology, causes, and treatment of epilepsy in sub-Saharan Africa. Lancet Neurol. 2014;13(10):1029-44. DOI: 10.1016/S1474-4422(14)70114-0

37. **Glauser T, Ben-Menachem E, Bourgeois B, Cnaan A, Guerreiro C, Kälviäinen R, et al**. Updated ILAE evidence review of antiepileptic drug efficacy and effectiveness as initial monotherapy for epileptic seizures and syndromes. Epilepsia. 2013;54(3):551-63. DOI: 10.1111/epi.12074

38. **Ntsambi EG.** Pratique de la chirurgie de l'épilepsie dans les pays émergents et en développement : focus sur l'Afrique subsaharienne. African & Middle East Epilepsy Journal [En ligne]. 2015 [cité le 1 décembre 2021];4(3). Disponible: https://revues.imist.ma/index.php/AMEEJ/article/view/3693

39. **Sogoba Y, Maiga Y, Kanikomo D, Maiga A, Issa A, Momar CB**. Traitement chirurgical de l'épilepsie en Afrique subsaharienne: Problématique et Perspectives. African & Middle East Epilepsy Journal. 2013;2(5).

40. **Centre national hospitalier universitaire Hubert Koutoukou Maga**. Présentation du CNHU [en ligne]. [cité le 21 mai 2021]. Disponible: https://www.cnhu-hkm.org/-Presentation-du-CNHU-.html

41. **Kouassi ES, Bissouma A-C, Adon KP, Moke BL**. Représentations sociales de l'épilepsie et itinéraires thérapeutiques des parents d'enfants à Abidjan. Sante Publique. 2018;30(5):703-12.

42. **Thiam L, Seck N, Diouf FN, Boiro D, Niang B, Sagna SD, et al.** Aspects cliniques et paracliniques de l´épilepsie de l´enfant à l´Hôpital de la Paix de Ziguinchor: étude documentaire. The Pan African Medical Journal. 2020;37(387). DOI: 10.11604/pamj.2020.37.387.21902

43. **Ndoye NF, Sow AD, Diop AG, Sessouma B, Séne-Diouf F, Boissy L, et al.** Prevalence of epilepsy its treatment gap and knowledge, attitude and practice of its population in sub-urban Senegal an ILAE/IBE/WHO study. Seizure. 2005;14(2):106-11. DOI: 10.1016/j.seizure.2004.11.003

44. **Maiga Y, Albakaye M, Kuate C, Christian N, Koumaré B**. Epilepsie en Afrique subsaharienne: Connaissances, Attitudes et Pratiques face à l'épilepsie. African & Middle East Epilepsy Journal. 2012;1(4).

45. **Sanogo A.** Aspects pharmaco-cliniques des médicaments antiépileptiques utilisés chez les patients épileptiques suivis en service de Neurologie du CHU du Point-G [En ligne]. 2014 [cité le 14 décembre 2021]; Disponible: https://www.bibliosante.ml/handle/123456789/1038

46. **Sehoue M**. Itinéraire thérapeutique des épileptiques dans la commune de Djidja [Thèse]. Cotonou: Université de Abomey-Calavi; 2004.

47. Albakaye M, Maiga Y, Kanikomo D, Djibo D. La dimension socioculturelle de l'épilepsie au Mali. African & Middle East Epilepsy Journal. 2012;1(1).

48. **Rafael F, Houinato D, Nubukpo P, Dubreuil C-M, Tran DS, Odermatt P, et al.** Sociocultural and psychological features of perceived stigma reported by people with epilepsy in Benin. Epilepsia. Wiley Online Library; 2010;51(6):1061-8.

49. **Kuate C, Tchaleu B, Motah M, Nguefack S, Doumbe J.** Situation de l'épilepsie au Cameroun. African & Middle East Epilepsy Journal [En ligne]. 2013 [cité le 28 novembre 2021];2(3). Disponible: https://revues.imist.ma/index.php/AMEEJ/article/view/3637

50. **Diop T**. Itinéraire thérapeutique des épileptiques fréquentant le service de neurologie du CHU de Fann [Thèse]. Dakar: Université Cheik Anta Diop; 2002.

51. **Diarra M.** Epilepsie à l'école : connaissance, attitudes et pratiques des enseignants de la ville de Kati au Mali [Thèse]. Bamako: Université de Bamako, Faculté de médecine, de pharmacie et d'odonto-stomatologie ; 2010.

52. **Badji A.** Itinéraire thérapeutique des épileptiques reçus au service de neurologie CHU de Fann à Dakar [Thèse]. Dakar: Université Cheik Anta Diop ; 2019.

53. **Nguedjo M.** Itinéraire thérapeutique des épileptiques à Yaoundé [Thèse]. Dakar: Université Cheik Anta Diop ; 2007.

54. **Affognon C.** Parcours scolaire des enfants épileptiques [Thèse]. Dakar: Université Cheik Anta Diop ; 2015.

55. **Mbonda NM, Kuate C, Nguefack S, Chiabi A, Mbonda PC, Njamnshi AK, et al.** Itinéraire thérapeutique des patients épileptiques a Yaounde: A propos de 149 observations. Clinics in Mother and Child Health. 2008;5(2).

56. **Millogo A, Diagana M, Siranyan SA, Preux P-M, Dumas M.** Itinéraire thérapeutique des patients épileptiques consultant dans le centre hospitalier de Bobo-Dioulasso (Burkina-Faso). Epilepsies. 2003;15(3):153-6.

57. **Otoom SA, Al-Safi SA, Sequeira RP, Alkofahi AS**. Knowledge of management of epilepsy in young adults in Jordan. Epilepsy Behav. 2006;9(2):349-54. DOI: 10.1016/j.yebeh.2006.06.012

58. **Seneviratne U, Rajapakse P, Pathirana R, Seetha T**. Knowledge, attitude, and practice of epilepsy in rural Sri Lanka. Seizure. 2002;11(1):40-3. DOI: 10.1053/seiz.2001.0579

59. **Al-Adawi S, Al-Salmy H, Martin RG, Al-Naamani A, Prabhakar S, Deleu D, et al**. Patient's perspective on epilepsy: self-knowledge among Omanis. Seizure. 2003;12(1):11-8. DOI: 10.1016/s1059131102001504

60. **Sene-Diouf F, Diop T, Ndiaye M, Gueye L, Diop A G, Ndiaye I P.** Itinéraire thérapeutiquendes malades épileptiques reçus au laboratoire d'EEG de CHU Fann. Dakar médical. 2004;49:2101-5.

61. **Millogo A, Kaboré J, Preux P-M, Dumas M**. Traitement des adultes épileptiques en milieu hospitalier à Bobo-Dioulasso (Burkina-Faso). Epilepsies. 2003;15(1):37-40.

62. **World Health Organization**. WHO traditional medicine strategy: 2014-2023 [En ligne]. World Health Organization; 2013 [cité le 2 mars 2022]. Disponible: https://apps.who.int/iris/handle/10665/92455

63. **Adjien K.C, Gnonlonfoun D, Avode N, Houinato S.** Suivi thérapeutique des personnes souffrant d'épilepsie par le dosage plasmatique des médicaments antiépileptiques au CNHU-HKM de Cotonou. Journal de la Société de Biologie Clinique. 2018; (28): 30-3.

64. **Kwan P, Brodie MJ.** Phenobarbital for the treatment of epilepsy in the 21st century: a critical review. Epilepsia. 2004;45(9):1141-9. DOI: 10.1111/j.0013-9580.2004.12704.x

65. **III and IV Commissions on Antiepileptic Drugs of the International League Against Epilepsy.** Availability and distribution of antiepileptic drugs in developing countries. Epilepsia. 1985;26(2):117-21. DOI: 10.1111/j.1528-1157.1985.tb05393.x

66. **Chakir A**. Intervalle thérapeutique et pharmacorésistance dans l'épilepsie temporale: Etude clinique, expérimentale dans un modèle animal. Rabat: Université Mohammed V-Agdal, Faculté des Sciences; 2007.

67. **Masson E.** EM-Consulte [En ligne]. Tradipraticiens et épilepsies en Côte d'Ivoire [cité le 10 mars 2022]. Disponible: https://www.em-consulte.com/article/925056/tradipraticiens-et-epilepsies-en-cote-d-ivoire

68. **Pedersen ME, Vestergaard HT, Hansen SL, Bah S, Diallo D, Jäger AK.** Pharmacological screening of Malian medicinal plants used against epilepsy and convulsions. J Ethnopharmacol. 2009;121(3):472-5. DOI: 10.1016/j.jep.2008.11.006

69. **Rajput SB, Tonge MB, Karuppayil SM**. An overview on traditional uses and pharmacological profile of Acorus calamus Linn. (Sweet flag) and other Acorus species. Phytomedicine. 2014;21(3):268-76. DOI: 10.1016/j.phymed.2013.09.020

70. **Sharma UK, Pegu S, Hazarika D, Das A.** Medico-religious plants used by the Hajong community of Assam, India. Journal of Ethnopharmacology. 2012;143(3):787-800. DOI: 10.1016/j.jep.2012.06.053

71. **Poonam K, Singh GS.** Ethnobotanical study of medicinal plants used by the Taungya community in Terai Arc Landscape, India. Journal of Ethnopharmacology. 2009;123(1):167-76. DOI: 10.1016/j.jep.2009.02.037

72. **Sharma J, Gairola S, Gaur RD, Painuli RM, Siddiqi TO.** Ethnomedicinal plants used for treating epilepsy by indigenous communities of sub-Himalayan region of Uttarakhand, India. Journal of Ethnopharmacology. 2013;150(1):353-70. DOI: 10.1016/j.jep.2013.08.052

73. **Science Direct.** Anticonvulsant activity of aqueous extract of Leonotis leonurus [En ligne]. [cité le 2 mars 2022]. Disponible: https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0944711304701051?via%3Dihub

74. **Risa J, Risa A, Adsersen A, Gauguin B, Stafford GI, van Staden J, et al.** Screening of plants used in southern Africa for epilepsy and convulsions in the GABAA-benzodiazepine receptor assay. Journal of Ethnopharmacology. 2004;93(2):177-82. DOI: 10.1016/j.jep.2004.01.021

75. **Diaby A**. Etude de la chimie de daniellia oliveri (rolfe, hutch et dalz) dans la prise en charge de l'épilepsie au mali. 2014 [cité le 14 décembre 2021]; Disponible: https://www.bibliosante.ml/handle/123456789/1017

76. **ARIB S.** Connaissances, attitudes et pratiques traditionnelles envers l'épilepsie: enquête auprès des proches des patients en consultation de neurologie, hopital ibn Tofail [Thèse]. Marrakech: Université CADI AYYAD; 2008.

77. **Sengxeu N.** Les Déterminants de l'accès aux antiépileptiques essentiels en Asie du Sud-Est. [Thèse]. Limoges: Université de Limoges ; 2020.

78. **Doumbe J, Tachom WF, Mbonda MCP, Massi GD, Fongang FY, Tchoukoua S, et al.** Non-adherence aux medicaments antiepileptiques et facteurs associes chez les patients souffrant d'epilepsie a l'hopital laquintinie de Douala. African Journal of Neurological Sciences. 2020;39(1):82-8.

Annexes

Fiche d'enquête sur l'itinéraire thérapeutique des épileptiques suivis au CNHU-HKM de Cotonou en 2021

QUESTIONNAIRE

Date :……

Q I - Caractéristiques sociodémographiques et connaissance générale

1. Age
2. Sexe
   - ☐ M
   - ☐ F
3. Provenance
   - ☐ Urbain
   - ☐ Rural

   Préciser :
4. Profession :
5. Situation matrimonial
   - ☐ Célibataire
   - ☐ Marié
   - ☐ Veuf
   - ☐ Divorcé
6. Niveau d'instruction
   - ☐ Aucun
   - ☐ Primaire
   - ☐ Secondaire
   - ☐ Supérieur
7. Ethnie :
8. Religion
   - ☐ Chrétien
   - ☐ Musulman

- ☐ Animiste
- ☐ Athée

9. Contact
10. Qui répond à l'enquête
    - ☐ Patient
    - ☐ Parent
11. Perception de l'épilepsie
    - ☐ L'épilepsie est une maladie purement naturelle
    - ☐ L'épilepsie est une maladie purement mystique
    - ☐ L'épilepsie peut être à la fois d'origine naturelle ou mystique

Q II. Itinéraire thérapeutique du patient

1. Quelle a été votre attitude pendant la première crise ?
    - ☐ J'ai été à l'hôpital
    - ☐ J'ai consulté un tradithérapeute ; Pourquoi ?.....
    - ☐ J'ai consulté une personne ressource ; Pourquoi ?.....
    - ☐ Je n'ai consulté personne ; Pourquoi ?.....
2. Où se trouvait le lieu de la consultation ?
    - ☐ Dans ma ville
    - ☐ Dans une ville voisine
    - ☐ A l'étranges
3. Quel était le traitement de la première crise
    - ☐ Moderne
    - ☐ Traditionnel
    - ☐ Mixte
4. Quelle a été l'évolution
    - ☐ Absence complète de crise
    - ☐ Diminution des crises
    - ☐ Stationnaire

- ☐ Reprise des crises
- ☐ Aggravation

5. Avez-vous consulté d'autres personnes avant votre neurologue actuel ?
   - ☐ Oui
   - ☐ Non
6. Si oui, où avez-vous fait votre deuxième consultation ?
   - ☐ Dans un hôpital
   - ☐ Chez un tradithérapeute
   - ☐ Chez un religieux
   - ☐ Autre ; Préciser : ……
7. Quel est le délai écoulé entre le début des crises et la consultation médicale ?
   - ☐ Immédiatement
   - ☐ Moins d'une semaine
   - ☐ 1 - 4 semaines
   - ☐ 1 - 3 mois
   - ☐ 4 - 6 mois
   - ☐ 6 - 12 mois
   - ☐ Plus de 1 an
8. Combien de consultation avez-vous eu au total avant celle en neurologie au CNHU-HKM ? …….
9. Qui vous a orienté vers le service de neurologie ?
   - ☐ Moi-même
   - ☐ Ma famille
   - ☐ Une connaissance
   - ☐ Un personnel de santé
   - ☐ Un tradithérapeute
   - ☐ Un religieux

- ☐ Autres ; Préciser : ……

10. Quand avez-vous su qu'il s'agit de l'épilepsie ?
    - ☐ Je connaissais la maladie
    - ☐ Une connaissance me l'a dit
    - ☐ Après avoir consulté
11. Quel est le traitement actuel ?
    - ☐ Moderne
    - ☐ Traditionnel
    - ☐ Mixte
12. Quel (s) médicament (s) antiépileptique (s) utilisez-vous actuellement ?
    - ☐ Aucun
    - ☐ Diazépam
    - ☐ Phénobarbital
    - ☐ Carbamazépine
    - ☐ Acide valproïque
    - ☐ Clobazam
    - ☐ Lévétiracétam
    - ☐ Phénitoïne
    - ☐ Clonazépam
    - ☐ Ethosuximide
    - ☐ Autres ; Préciser : ……
13. Si vous avez eu à consulter un tradithérapeute au moins une fois, quel traitement a-t-il proposé ?
    - ☐ Phytothérapie
    - ☐ Rituel de désenvoutement
    - ☐ Interdit alimentaire
    - ☐ Autres ; Préciser : …….

14. Quelle est l'évolution sous le traitement actuel ?

- ☐ Absence complète de crise
- ☐ Diminution des crises
- ☐ Stationnaire
- ☐ Reprise des crises
- ☐ Aggravation

QIII. Facteurs limitant l'accès aux traitements antiépileptiques.

1. Apprécier le cout de votre traitement :
   - ☐ Pas cher
   - ☐ Abordable
   - ☐ Cher
   - ☐ Très cher
2. Avez-vous de difficulté à suivre votre traitement ?
   - ☐ Oui
   - ☐ Non
3. Si oui le (s) quelle (s) ?
   - ☐ Limitation des moyens financiers
   - ☐ Indisponibilité des médicaments à la pharmacie
   - ☐ Rareté des pharmacies dans mon milieu
   - ☐ Les frais de consultation
   - ☐ La distance à parcourir pour se rendre en consultation et les frais associés

Table des matières

Liste des enseignants.....i

Action de grâce xii

Dédicaces xiv

Remerciements..... xvii

Hommages.....xix

Liste des sigles et abréviations..... xxii

Liste des tableaux.....xxiv

Liste des figures xxvi

Sommaire xxviii

Introduction.....1

1. Généralités 4

1.1. Définitions.....5

1.2. Historique.....7

1.3. Classifications 8

1.4. Épidémiologie 11

1.5. Physiopathologie.....14

1.6. Diagnostic 16

1.7. Etiologie des épilepsies.....18

1.8. Aspect socio-culturel de l'épilepsie : croyances sur l'épilepsie et vécu des épileptiques 20

1.9. Traitement 21

2. Cadre et méthodes de l'étude.....25

2.1. Cadre 26

2.1.1. CNHU-HKM....26
2.1.2. Service de Neurologie....26
2.2. Méthodes....27
2.2.1. Type et période d'étude....27
2.2.2. Population d'étude....27
2.2.3. Echantillonnage....28
2.2.4. Collecte des données....29
2.2.5. Variables étudiées....29
2.3. Traitement et analyse des données....30
2.4. Considérations éthiques....31
2.5. Difficultés rencontrées....31
3. Résultats....32
3.1. Caractéristiques sociodémographiques des patients épileptiques et perception générale de l'épilepsie....33
3.1.1. Caractéristiques sociodémographiques....33
3.1.2. Perception générale de l'épilepsie....35
3.2. Itinéraire thérapeutique....36
3.2.1. La consultation initiale....36
3.2.2. Justification du choix....36
3.2.3. Lieu de la première consultation....37
3.2.4. Traitement de la première crise....37
3.2.5. Evolution après premier traitement....37
3.2.6. Autres consultations avant celle en neurologie....38

3.2.7 Temps écoulé avant la consultation médicale 40
3.2.8. Reconnaissance de la maladie.....40
3.2.9. Traitement en cours pendant l'enquête.....41
3.2.10. Evolution sous traitement en cours pendant l'enquête 42
3.3. Facteurs limitant l'accès aux traitements antiépileptiques 43
4. Discussion 45
4.1. Atteinte des Objectifs.....46
4.2. Atouts et limites 46
4.2.1. Atouts 46
4.2.2. Limites 47
4.3. Commentaire et comparaison des résultats.....47
4.3.1. Caractéristiques sociodémographiques des épileptiques 47
4.3.2. Itinéraire thérapeutique 50
4.3.3 Facteurs limitant l'accès aux soins antiépileptiques. 57
Conclusion et suggestions.....59
Conclusion 60
Suggestions 62
Références.....64
Annexes.....a
Table des matières.....g

SERMENT D'HYPPOCRATE

Devant le peuple béninois et en présence des maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires. Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me sont confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Je ne permettrai pas que les considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception. Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers les maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs parents. Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobres et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Je le jure

RESUME

Introduction : L'épilepsie est une affection cérébrale chronique vu en Afrique comme une maladie mystique dont la prise en charge souffre d'un grand déficit thérapeutique. L'objectif de notre étude était d'analyser l'itinéraire thérapeutique des malades épileptiques suivis dans le service de neurologie du CNHU-HKM en 2021.

Cadre et Méthodes : il s'agissait d'une étude transversale de type descriptive et analytique qui s'est déroulée du 27 septembre au 29 décembre au CNHU. Nous avons fait un recrutement exhaustif de tous les patients ayant consulté pendant cette période d'étude en neurologie pour l'épilepsie.

Résultats : 91 patients ont participé à notre étude. Pour la première crise, 70,3% ont consulté dans un hôpital, 14,3% un tradithérapeute, 2.2% une personne ressource et 13,2% n'ont consulté personne. Près de la moitié a consulté au moins un tradithérapeute durant le parcours. Le délai avant la consultation médicale allait d'immédiat à un an et les patients faisaient 01 à 06 consultations avant de se rendre chez le neurologue. Tous nos patients étaient sous MAE et 90% des crises étaient contrôlées. 1/3 de nos patients faisait un traitement mixte. Plusieurs facteurs limitent l'accès aux traitements : le coût du traitement, l'indisponibilité des médicaments, la rareté des pharmacies surtout en milieu rural et l'accès difficile aux centre de santé etc.

Conclusion : le retard de la prise en charge des épileptiques constitue encore un problème d'actualité. Résoudre les facteurs qui concourent à ce retard permettra d'améliorer la prise en charge des épileptiques.

Mots clés : Epilepsie – Itinéraire thérapeutique – déficit thérapeutique –Bénin

ABSTRACT

Introduction: Epilepsy is a chronic brain condition seen in Africa as a mystical disease whose management suffers from a great therapeutic deficit. Our study's objective was to analyze the therapeutic itinerary of epileptic patients followed in the CNHU-HKM neurology department in 2021.

Methods: The study was cross-sectional, descriptive and analytical, covering the period from September 27 to December 29. We made an exhaustive recruitment of all the patients who consulted during this period of study in neurology for epilepsy.

Results: 91 patients have participated in our study.

For the first crisis, 70.3% consulted in a hospital, 14.3% a traditional therapist, 2.2% a resource person and 13.2% did not consult anyone. Nearly half consulted at least one traditional therapist during the course. The delay before the medical consultation ranged from immediate to one year and the patients made 01 to 06 consultations before going to the neurologist. All our patients were on antiepileptic drugs and 90% of seizures were controlled. 1/3 of our patients did a mixed treatment. Several factors limit access to treatment: the treatment cost, the unavailability of drugs, the scarcity of pharmacies, especially in rural areas, and the difficult access to health centers, etc.

Conclusion: The delay in the care of epileptics is still a current problem. Resolving the factors that contribute to this delay will improve the management of epileptics.

Keywords: Epilepsy – Therapeutic itinerary – Benin